MEM
704

École nationale
d'administration publique

Université du Québec

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
QUÉBEC

Les déterminants de la motivation des gestionnaires du réseau de la santé: l'impact combiné du leadership transformationnel, de la justice organisationnelle et de l'engagement

Mémoire présenté à

l'École Nationale d'Administration Publique

Par

Carl Deschamps

Aout 2013

30584304 1

Avant-propos

Afin de remercier ceux qui, par leur support de nature intellectuel, moral ou affectif, ont contribué à la réussite de ce projet, je tiens à attribuer à ces gens une place à l'orée de ces pages afin que le lecteur les croise en préambule de cette expérience.

Soucieux d'éviter quelconques jalousies et de conférer une place équitable à chaque personne dont le support me fut précieux, je liste ici les noms dans un simple ordre alphabétique, et non en ordre de contribution, car ni l'un ni l'autre ne mérite mieux ou pire que chacun, excepté, évidemment, celle qui se retrouve en 3^{e} position.

Merci donc, mes amies et amis :

André, Claude, Émilie, Érik, Jean-Louis, Lise, Luc, Marie Claude, Marie-Laurence, Nancy et Natalie.

Merci pour tout.

30 SEP. 2013

Sommaire

Les gestionnaires du réseau sociosanitaire québécois font face à des défis de taille pour traverser les réformes structurelles successives du système de santé. L'objectif de la présente recherche est de comprendre les mécanismes liés à la conservation et l'amélioration de la motivation autodéterminée en élaborant et validant un modèle prédictif. Ce modèle, intégrant trois déterminants principaux de la motivation en période de changements, soit le leadership transformationnel, la perception de justice organisationnelle et l'engagement affectif, a été validé auprès de 522 cadres intermédiaires du système de santé québécois. Les résultats de l'analyse révèlent qu'en période de changements importants, le leadership transformationnel a un effet marqué sur la motivation autodéterminée par l'intermédiaire de la variable médiatrice qu'est la justice organisationnelle. L'engagement affectif a également un effet positif sur la motivation, mais à un niveau moindre que la perception de justice. Les implications théoriques et pratiques sont discutées.

Mots-clés : Motivation autodéterminée, leadership transformationnel, justice organisationnelle, engagement affectif, réformes organisationnelles

Table des matières

Avant-propos ..... **ii**
Sommaire ..... **iii**
Table des matières ..... **iv**
Liste des figures ..... **vi**
Liste des tableaux ..... **vii**
Liste des abréviations ..... **viii**
Avis concernant l'usage de l'orthographe rectifié ..... **ix**
Introduction **1**
Contexte de la recherche 1
Problématique 8
Pertinence du projet et questions de recherche 16
Cadre théorique **19**
Principaux concepts utilisés 19
La motivation *19*
Le leadership transformationnel *23*
La justice organisationnelle *25*
L'engagement des employées et employés *27*
Modèle théorique proposé 29
Le modèle conceptuel *29*
Les hypothèses de recherche *30*
Méthodologie **33**
Stratégie de recherche 33
Posture épistémologique *33*
Population et échantillon *34*
Procédure de la collecte de données 36
Les variables, les indicateurs et les instruments de mesure *36*
Motivation : l'inventaire des motivations au travail de Blais 37
Leadership transformationnel : l'inventaire du style de leadership 38
Justice organisationnelle : le questionnaire de perception de la justice 39
Engagement affectif : le questionnaire d'engagement affectif face au changement 40
Résumé des variables, indicateurs et instruments de mesure 41
Procédure d'analyses statistiques 42
Résultats **46**
Préparation des données 46
Analyses préliminaires 50
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon *50*

Caractéristiques du profil professionnel de l'échantillon *51*
Résultats descriptifs concernant les variables mesurées *53*
État de la motivation des gestionnaires du RSSS *55*
Différences selon les groupes interrogés *57*
Validation du modèle postulé et des hypothèses de recherche 59
Première hypothèse *60*
Seconde hypothèse *60*
Troisième hypothèse *60*
Quatrième hypothèse *61*
Cinquième hypothèse *61*
Hypothèse globale et validation du modèle conceptuel *62*
Discussion **69**
Résultats de recherche 69
Contributions théoriques 73
Limites et ouvertures de la recherche 76
Retombées pratiques de la recherche 79
Conclusion **82**
Bibliographie **83**
Annexe A : Établissements participants **98**
Annexe B : Lettre d'invitation aux participants **100**
Annexe C : Certifcat d'éthique **102**
Annexe D : Questionnaire **110**
Annexe E : Rapport des données manquantes **118**
Annexe F : Cohérence interne des échelles de mesure **119**
Annexe G : Caractéristiques sociodémographiques **120**
Annexe H : Caractéristiques professionnelles **122**
Annexe I : Statistiques descriptives détaillées **123**
Annexe J : Analyses ANOVA **124**
Annexe K : Analyses supplémentaires sur les hypothèses de recherche **127**
Annexe L : Analyse statistique détaillée du modèle conceptuel **128**
Annexe M : Analyse statistique détaillée du modèle modifié **129**

Liste des figures

Figure 1. Continuum de l'autodétermination 21

Figure 2. Modèle conceptuel de recherche 30

Figure 3. Motivation autodéterminée chez les gestionnaires participants 56

Figure 4. Modèle conceptuel pour l'analyse acheminatoire 62

Figure 5. Modèle conceptuel avec estimations standardisées 63

Figure 6. Second modèle évalué 66

Liste des tableaux

Tableau 1. Concepts, indicateurs et instruments de collecte de données 41
Tableau 2. Caractéristiques de normalité des variables 48
Tableau 3. Données sociodémographiques principales 50
Tableau 4. Données professionnelles principales 52
Tableau 5. Statistiques descriptives des variables du modèle 53
Tableau 6. État détaillé de la motivation des gestionnaires de l'échantillon 55
Tableau 7. Résumé des analyses ANOVA selon les variables 58
Tableau 8. Matrice de corrélation des variables à l'étude 59
Tableau 9. Statistiques d'ajustement du modèle conceptuel 65
Tableau 10. Comparaison entre le modèle initial et le modèle modifié 67
Tableau 12. Liste des établissements participants 99
Tableau 13. Données manquantes selon les variables 118
Tableau 14. Indices alpha de Cronbach obtenus dans l'étude 119
Tableau 15. Sexe des répondants 120
Tableau 16. Âge des répondants 120
Tableau 17. Autres caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 121
Tableau 18. Caractéristiques professionnelles de l'échantillon 122
Tableau 19. Statistiques descriptives des variables mesurées 123
Tableau 20. Motivation autodéterminée par groupes de participants 124
Tableau 21. Perception de la justice organisationnelle par groupes de participants 125
Tableau 22. Engagement affectif par groupes de participants 126
Tableau 23. Matrice de covariance des variables à l'étude 127
Tableau 24. Matrice de corrélation des variables (Hommes, n=140) 127
Tableau 25. Matrice de corrélation des variables (Femmes, n=382) 127
Tableau 26. Régressions sous-jacentes au modèle 128
Tableau 27. Indices de modification (IM) sur les chemins omis dans le modèle 128
Tableau 28. Test de Wald sur les équations du modèle 128
Tableau 29. Régressions sous-jacentes au modèle modifié 129
Tableau 30. Indices de modification (IM) sur les chemins omis dans le modèle modifié 129
Tableau 31. Test de Wald sur les équations du modèle modifié 129

Liste des abréviations

ASSS	Agence de santé et de services sociaux
AGÉSSS	Association des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux
APER/ APERSSS	APER santé et services sociaux (Association vouée à la promotion, la représentation et la défense du Personnel d'Encadrement du Réseau sociosanitaire québécois)
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de services généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des Médecins de Québec
CRSSS	Conseil régional de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
IDPSQ	Indice de détresse psychologique de Santé Québec
EngAf	Engagement affectif
LTF	Leadership transformationnel
JO	Justice organisationnelle
MotAD	Motivation autodéterminée
MSSS(Q)	Ministère de la Santé et des Services sociaux (du Québec)
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RSSS(Q)	Réseau de la santé et des services sociaux (du Québec)

Avis concernant l'usage de l'orthographe rectifié

Le présent document est rédigé en suivant les règles énoncées dans les rectifications orthographiques de la langue française, adoptées à l'unanimité en 1990 par l'Académie française et approuvées par les Conseils supérieurs de la langue française du Québec et de la Belgique. Veuillez donc, au nom de la modernité linguistique, pardonner tout usage des mots « bienêtre » ou « ambigüité », de même que l'absence d'accent circonflexe sur les « i » et les « u » et toute autre bizarrerie orthographique.

Pour un excellent exposé sur les raisons derrière les modifications à l'orthographe française ainsi qu'une liste des nouvelles règles, Danielle Béchennec et Liliane Sprenger-Charolles proposent un « Guide pratique de l'orthographe rectifiée », disponible à l'adresse suivante :
http://www.cahiers-pedagogiques.com/IMG/pdf/GuidePratiqueOrthographeRectifie_e-2-09-2011.pdf

Bonne lecture.

Introduction

Contexte de la recherche

Le système de santé publique du Québec est en perpétuel changement depuis son instauration (Gaumer & Fleury, 2007). L'édifice gouvernemental a été érigé par une succession de réformes, de modifications législatives et de changements d'orientation qui ont modelé le système sociosanitaire d'aujourd'hui et de demain. Ces transformations appliquées en série ont également sculpté tous les aspects de l'environnement médical, soit les aspects légaux, déontologiques et organisationnels (Collège des médecins du Québec (CMQ), 2010). De plus, elles ont influencé le portrait des différents acteurs et des différentes professions liés au système de santé : les médecins, les infirmières et infirmiers, les gestionnaires, les administratrices et administrateurs d'établissements et les autres intervenantes et intervenants de l'appareil sanitaire.

Pour dresser le portrait du système de santé d'aujourd'hui, il faut donc remonter à sa création et considérer toutes les améliorations et modifications faites au modèle depuis l'instauration de l'assurance hospitalisation en 1961. Ce programme public fut l'un des premiers actes du gouvernement libéral de Jean Lesage, marquant également le début des réformes sociales de la Révolution tranquille au Québec (Bélanger, Comeau, & Métivier, 2000). Le Québec était alors la dernière province canadienne à adopter un programme d'assurance maladie de ce genre. L'accès universel aux soins hospitaliers sera la première pierre de la fondation du système de santé publique québécois.

Quelques années plus tard, le gouvernement se penche à nouveau sur la question de la gratuité des services de santé et instaure la commission Castonguay-Nepveu pour évaluer l'applicabilité d'une assurance maladie universelle. Dans ses volumineuses recommandations, la commission prône d'abord la mise en place d'un système de santé publique universel et gratuit, mais aussi l'orientation de ce dernier vers les déterminants de la santé (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967-1972). Cette « médecine globale » se veut orientée sur la santé plutôt que sur la maladie, et demande que l'administration et l'organisation des institutions sanitaires

soient revues de fond en comble. Cette recommandation sur la convergence entre la santé publique et le système de soins sera reprise par de nombreuses commissions (Rochon; Clair; Romanov), mais ne verra le jour dans la pratique que plusieurs décennies plus tard (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, & Denis, 2008).

En vertu des conseils de la commission Castonguay-Nepveu, la *Loi sur l'Assurance maladie du Québec* voit le jour en 1970. Si l'esprit de la loi obtient la faveur de la majorité, la lettre de celle-ci déplaira à certains : le Collège des médecins revendique le contrôle exclusif de la qualité professionnelle de l'acte médical et les médecins spécialistes entreront en grève pour faire valoir leur opinion (Linteau, Durocher, Robert, & Ricard, 1986). C'est un premier exemple des difficultés de parcours que le système sociosanitaire public vivra tout au long de son existence, et aussi un bon exemple de la problématique inhérente à l'obtention de l'engagement de tous les intervenantes et intervenants lors d'une réforme, particulièrement ceux qui sont le plus affectés par les changements. Ce phénomène de résistance au changement est étudié depuis très longtemps dans les organisations (Coch & French, 1948).

Le gouvernement québécois légifère à nouveau un an plus tard, introduisant la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* qui encadre encore aujourd'hui la majorité des services de santé provinciaux. Cette loi crée un système de santé avec accès universel et gratuit, comme le suggérait Castonguay (1967-1972) dans la première recommandation du premier volume de son rapport. Cependant, il faut attendre 1974 pour que soient créés 32 départements de santé communautaire (DSC) avec pour mission d'assumer, sur leur territoire, la responsabilité de la santé publique tandis que des centres locaux de services communautaires (CLSC) sont mis en place pour desservir les populations locales en services de santé et en services sociaux (Bergeron & Gagnon, 2003). Ce modèle intégrant les services de santé préventifs au milieu hospitalier n'a pas réussi à porter ses fruits; au contraire, un effet de déresponsabilisation des professionnelles et professionnels s'est plutôt produit (Pineault, 1984).

La commission Rochon est instaurée en 1985 pour étudier les problèmes du système de santé et suggérer des améliorations. Elle dépose son rapport en 1988, répétant certaines conclusions du

Rapport Castonguay-Nepveu (Breton et al., 2008), comme le besoin d'orienter le système sur l'amélioration de la santé et du bienêtre. De plus, l'extrait suivant souligne les problèmes envisagés par la Commission en raison de la situation actuelle et de la progression démographique (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988) :

> *Nous avons raison d'être fiers de notre système de services de santé et de services sociaux. Néanmoins, si les tensions actuelles perdurent, elles risquent de le faire éclater et de nous faire perdre rapidement ce que nous avons mis près de 20 ans à construire. (p.683)*
>
> *[...] la Commission réaffirme la nécessité fondamentale du système de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. (p.685)*
>
> *Pour les prochaines années, on doit s'attendre à ce que les dépenses augmentent de façon à peu près identique [aux quinze dernières années], soit un rythme légèrement supérieur à celui du produit intérieur brut. Cette tendance exigera un effort important du gouvernement pour assurer le maintien et l'expansion des services que commande l'évolution sociodémographique du Québec. (p.696)*

De plus, la commission peint un portrait très négatif de la gestion des ressources humaines : « malaise général et profond chez le personnel »; des employées et employés « démotivés et peu valorisés, négligés et mal gérés ». Elle constate cependant que le dévouement du personnel médical protège la qualité des soins malgré les conditions de travail déplorables (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, pp. 413-415). L'implication des employées et employés, offerte sans exigence contractuelle ni reconnaissance managériale, est un phénomène qualifié de « participation paradoxale » (Linhart & Linhart, 1985). Néanmoins, l'importance du dévouement du personnel est soulignée dans le rapport Rochon, de même que l'importance de tirer profit de cette situation en offrant un mode de gestion plus participatif. Les propositions du rapport de la Commission seront cependant critiquées par certains experts (Lemieux, 1989) qui les qualifient de déficientes en regard de la structure des pouvoirs dans le système de santé, suggérant de plus que les recommandations ne vont pas assez loin au niveau de la gestion participative et décriant un taylorisme déguisé (Bélanger P.-R. , 1991).

À la fin des années 80, l'état critique des finances publiques et l'augmentation croissante des dépenses en santé inspirent une réforme du système de santé qui sera orientée sur les suggestions du rapport de la Commission Rochon (Turgeon, Hervé, & Gauthier, 2003). Pour diminuer les dépenses, le gouvernement soumet le système de santé à plusieurs vagues de

fusions et de fermetures d'établissements (Facal, 2006). Ainsi, entre 1990 et 2001, le nombre d'établissements sociosanitaires passe de 917 à 478, une diminution de 48% (L'Observatoire de l'administration publique, 2006). Parallèlement, une nouvelle loi sur la santé et les services sociaux est adoptée en 1991, entrainant la création de régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) pour remplacer les conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS) ainsi que les DSC. Le mandat de ces organisations est triple : elles doivent organiser l'offre de services, allouer les ressources aux organismes et établissements et, en parallèle, gérer un programme régional de santé publique (Bergeron & Gagnon, 2003).

Dans les années 90, afin de réduire les dépenses en soins de santé, le Québec se lance dans le « virage ambulatoire », diminuant la durée des séjours à l'hôpital de plusieurs patientes et patients et augmentant les soins dispensés à domicile, permettant ainsi une diminution de 25% des journées d'hospitalisation pour des soins de courte durée entre 1994 et 2000 (L'Observatoire de l'administration publique, 2006). De plus, les programmes de mise à la retraite entrainent le départ d'environ 4200 infirmières et infirmiers entre 1997 et 2000, une solution à court terme pour équilibrer le budget qui a eu des conséquences durables sur le réseau de la santé (Dussault & Dubois, 2003). En 2000, lorsque la Commission Clair produit son rapport et fait le point sur le virage ambulatoire et sur le système de santé québécois, elle pose un constat sombre sur l'état des ressources humaines, pointant du doigt la pénurie de personnel qualifié (Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000, p. 112) :

> *Les dernières années ont été éprouvantes pour ceux qui œuvrent au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Encore aujourd'hui, la surcharge de travail, l'instabilité des équipes, les pénuries dans certaines catégories de professionnels, notamment les infirmières, s'ajoutent aux rigidités de toutes sortes pour entretenir un sentiment général d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité qui règne trop souvent dans les établissements.*

Cette troisième commission d'enquête, dans ses recommandations, suggèrera notamment de créer une nouvelle culture de gestion axée sur la motivation et la mobilisation des employées et employés (Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000, p. 116).

Avec l'accélération de la progression démographique associée au vieillissement de la population (Statistique Canada, 2011), les craintes pour l'avenir du réseau public de soins de santé ont entrainé la nécessité de poursuivre les transformations du système. Ainsi, le Québec a mis en place une vaste réforme des soins de santé en 2003. Cette réforme visait à répondre aux préoccupations soulignées par les différentes commissions d'études qui se sont penchées sur le cas des systèmes de santé provinciaux. Ces commissions, après avoir noté plusieurs problèmes relatifs à l'insuffisance d'actes préventifs, au manque d'accès aux soins, à la mauvaise coordination entre les différents établissements et à l'utilisation anémique de certains services, ont suggéré plusieurs innovations visant à remédier à la situation (Breton et al., 2008).

Un des points principaux dégagés par l'ensemble des Commissions tient à l'orientation du système de santé sur la prestation de services collectifs. L'Organisation mondiale de la santé distingue deux domaines de prestations des soins, soit la prestation de services personnels, reliés aux soins apportés à l'individu comme le dépistage, le diagnostic et le traitement, et la prestation de services collectifs, concernant plutôt la promotion publique de la santé, de saines habitudes de vie et de comportements préventifs (Murray & Frenk, 2000). Si ces deux aspects de la santé ont toujours coexisté dans le système québécois, les services collectifs étaient traditionnellement peu intégrés au système de prestation des soins individuels. La réforme apporte des modifications visant à pallier ce manque d'intégration dans le système de santé.

Avec la réforme de 2003, le système sociosanitaire subit de nouveau un changement structurel majeur. Le mandat des RRSSS est modifié pour intégrer le soutien au développement des réseaux locaux de services sur une base géographique. Au même moment, on les rebaptise agences de santé et de services sociaux (ASSS). Ces agences conservent également la responsabilité du financement des établissements de services de santé. La différence majeure tient à l'intégration de la responsabilité de la santé publique au palier local. Auparavant, les centres locaux de services communautaires (CLSC) assumaient cette responsabilité à travers les services offerts à la population, mais la dernière réforme introduit en plus la notion de responsabilité populationnelle (Lévesque & Bergeron, 2003).

Un nouveau type d'organisme local est né, le centre de santé et des services sociaux (CSSS). Cet organisme résulte de la fusion des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) et des centres hospitaliers de services généraux et spécialisés (CHSGS). 95 CSSS sont créés, une instance pour chaque réseau local de services (RLS), et ces fusions poursuivent le travail de concentration des établissements de santé; en 2011, il ne restera que 283 établissements au Québec, moins du tiers du nombre d'établissements qui existaient 20 ans auparavant (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2011). Malgré l'impact négatif des premières fusions sur le personnel hospitalier, ce même mécanisme a été choisi pour appuyer la restructuration du réseau en 2003 (Rousseau & Cazale, 2007). On estime que ces transformations ont touché à 220 000 employées et employés ainsi qu'à près de 10 000 cadres.

Les emplois des cadres sont modifiés par cette transformation, parfois en profondeur. Les responsabilités des cadres sont revues et prennent l'aspect d'une structure matricielle qui augmente la complexité des rôles des gestionnaires (Gibeau & Langley, 2008). Pour certains, la situation s'est améliorée : plus de responsabilités augmentent leur motivation à l'emploi. Cependant, plusieurs dénoncent le chevauchement des tâches, l'ambigüité de l'autorité hiérarchique et les demandes contradictoires venant du haut de l'échelle (Gibeau & Langley, 2008). Comme le mentionne un gestionnaire interrogé par ces auteurs (2008, pp. 67-68) :

> *Ces rôles en évolution ne sont pas compris de la même façon par tout le monde et pas vécus de la même façon par tout le monde non plus. Tu mets une bande de monde un peu disparate ensemble et tu dis : "on va s'en aller par là". Tout le monde pense qu'il est bien correct avec sa vision de ce qu'il faut faire pour s'en aller par là, mais il n'y en a pas deux qui ont les mêmes habiletés, il n'y en a pas deux qui ont la même expérience, il n'y en a pas deux qui ont les mêmes valeurs par rapport à ça.*

Malgré les difficultés, certains bons côtés sont issus du désir d'améliorer le système. Pour la première fois depuis la création du réseau sociosanitaire, la responsabilité de la santé publique s'est accompagnée d'une allocation budgétaire qui était fonction des besoins de la population à desservir, une idée introduite suite au rapport Rochon (MSSS, 1987). Cette transition d'un modèle de financement par établissement vers un modèle de financement lié aux besoins populationnels s'est établie progressivement durant la réforme, avec des budgets intermédiaires

ajustés pour éviter les coupures brutales dans le financement des hôpitaux (McIntosh, et al., 2010).

La réforme de 2003 est donc née d'un désir de changer l'organisation des soins de santé pour instaurer un système plus proactif, axé sur la santé publique plutôt que sur la prestation de soins aux malades. Ce changement profond a nécessité une révision des valeurs et des principes soutenant le système public des soins de santé et une restructuration massive dans l'organisation des établissements de santé afin d'intégrer la logique populationnelle au mode d'intervention des RLS (Breton et al., 2008) et au mode de travail des gestionnaires du réseau (Gibeau & Langley, 2008).

Le portrait du réseau de santé québécois montre un système en perpétuelle évolution, dans lequel les gestionnaires sont confrontés à des réformes structurelles massives, à des modifications législatives constantes et à des plans d'action sans cesse renouvelés (Turgeon et al., 2003). La gestion du changement est donc au cœur des préoccupations des cadres du réseau des soins de santé. Conscient de ce fait, le MSSS (2010, p. 7) énonce, dans son plan d'action, qu'il :

> *[...] mise sur l'action en amont des problèmes [...], sur la qualité des services et l'innovation, sur l'attraction des ressources humaines et l'amélioration de l'organisation du travail ainsi que sur une gestion performante et imputable.*

Dans les atouts à sa disposition, le ministère insiste ainsi sur les ressources humaines et les compétences de ses gestionnaires. Dans ce plan stratégique, le ministère prévoit aussi considérer les préoccupations des commissions concernant les difficultés vécues par l'ensemble des ressources humaines du réseau (Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000; Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988). Ainsi, dans ce contexte de changement, l'étude des déterminants de la motivation chez les cadres et des leviers organisationnels pouvant agir sur celle-ci est essentielle au maintien et au développement des prérogatives du système de santé québécois afin d'accomplir les objectifs de la réforme.

Problématique

L'évolution permanente du système sociosanitaire n'est pas restée sans conséquence sur l'état psychologique des employées et employés et des gestionnaires du réseau. L'incertitude provoquée par des changements structurels a une incidence négative sur le stress des membres de l'organisation (Bordia, Hobman, Jones, Gallois, & Callan, 2004). De plus, ces changements sont provoqués par des décisions politiques et organisés par des cadres éloignés des employés, et souvent implantés sans consultation auprès du personnel affecté, ce qui accroit les risques de créer des impacts négatifs sur la motivation et l'attitude de la main-d'œuvre (Griffin, Rafferty, & Mason, 2004).

Au Québec, l'insatisfaction du personnel par rapport à ces changements s'est manifestée à plusieurs reprises par des manifestations ou des grèves, comme la grève des médecins spécialistes en 1970 (Linteau et al., 1986) ou la grève illégale des infirmières et infirmiers en 1999 qui faisait suite aux compressions budgétaires importantes du gouvernement Bouchard (Richard, 1999). Ces grèves ne sont cependant que la partie publique du mécontentement des employées et employés du système sociosanitaire québécois.

Les Commissions qui ont fait enquête sur le réseau de santé québécois ont souligné les lacunes dans la gestion des ressources humaines et dans la considération des employées et employés dans les enjeux stratégiques. La Commission Rochon qualifiait l'état des ressources humaines de « démotivées et peu valorisées » (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, p. 413), tandis que la Commission Clair élaborait sur les problèmes et dangers associés à la gestion des employés du réseau (Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000, pp. 113-114) :

> *[…] selon plusieurs sources, le taux d'encadrement au premier niveau est souvent en deçà du seuil nécessaire pour assurer une gestion motivante. Le peu de marge de manœuvre combiné à une rémunération de moins en moins compétitive explique tant la difficulté de recruter et de retenir des cadres bien formés, que celle de maintenir la motivation de ceux qui sont à l'emploi du réseau depuis plusieurs années. […]*

> *De fait, il est frappant de constater que notre système de santé, dont la force repose essentiellement sur les compétences et le dévouement des personnes qui y travaillent, n'a jamais réussi à vraiment reconnaitre l'importance stratégique de ses ressources humaines. Dans la plupart des autres secteurs des services aux personnes, cette reconnaissance est entrée dans les mœurs depuis longtemps. Les entreprises où le savoir est crucial, et où la qualité de la relation avec la clientèle est reconnue comme vitale, rivalisent d'imagination pour attirer les meilleurs candidats et leur fournir un environnement stimulant, tant sur le plan professionnel que personnel.*

Toute l'importance de la question de la motivation des gestionnaires est soulignée dans ce rapport. Cependant, comment doit-on s'y prendre pour motiver les ressources humaines dans un contexte comme celui du réseau sociosanitaire québécois? Cette question représente une partie du casse-tête auquel font face aujourd'hui les cadres des établissements de santé au Québec.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux évoluent dans un milieu complexe, car l'atteinte de leur mission dépend des actions et interactions des médecins, chercheuses et chercheurs, techniciennes et techniciens, infirmières et infirmiers, médecins spécialisés, pharmaciennes et pharmaciens et plusieurs autres acteurs pertinents (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003). Cette complexité est multipliée par la découverte continue de nouvelles maladies et nouveaux traitements, ainsi que par le caractère unique de chaque patiente ou patient et les besoins spéciaux de chacun d'eux (Lee, Ridzi, & Lo, 2011). Les travailleuses et travailleurs de tous les niveaux hiérarchiques des organisations de santé sont donc constamment confrontés à des changements et à de nouveaux défis nécessitant adaptation et innovation.

Dans son plus récent plan stratégique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (2010) s'est donné plusieurs objectifs relatifs aux ressources humaines des établissements de la santé et des services sociaux. Reconnaissant que d'importantes pénuries de main-d'œuvre touchent l'ensemble des secteurs du réseau, entrainant de ce fait une surcharge de travail pour le personnel en place, le MSSS établit des mesures pour améliorer l'organisation et le climat de travail (MSSS, 2010). Le ministère reconnait aussi qu'il existe de nombreuses pressions vis-à-vis la disponibilité de la main-d'œuvre dans le futur, comme les départs massifs à la retraite et les attentes grandissantes en matière de conciliation travail-famille.

Ainsi, les établissements de santé s'engagent à poursuivre l'objectif du MSSS vis-à-vis des ressources humaines du RSSS, soit « L'attraction, la rétention et la contribution optimale » (MSSS, 2010, p.23). L'importance de cet enjeu peut être placée dans une perspective appropriée en considérant que les ressources humaines du réseau sociosanitaire représentent 276 000 Québécoises et Québécois, soit 6,6% de la population active, et qu'environ 32 millions de visites médicales sont effectuées chaque année dans la province (MSSS, 2010). C'est donc que les actes du personnel du réseau touchent une forte proportion de la population québécoise chaque année et, par conséquent, les employées et employés de tous les niveaux hiérarchiques des établissements de la santé ont un rôle social important à réaliser. La qualité de leur travail est sans contredit influencée par leur motivation professionnelle. Or, à l'heure actuelle, quel est l'état de la motivation des gestionnaires et du personnel d'encadrement des établissements sociosanitaires?

Rousseau et Cazale (2007) observent que les fusions hospitalières ont laissé leur marque sur les employées et employés; les résultats ont varié grandement d'un établissement à l'autre, laissant souvent des effets négatifs sur le personnel. Afin d'accomplir les fusions, d'importantes reconfigurations ont été effectuées à l'égard de l'encadrement du personnel, résultant dans l'abolition de 3 624 postes de cadres intermédiaires entre 1994 et 2001, soit environ le tiers des postes (Dussault & Dubois, 2003). Dans ces circonstances où les cadres des établissements faisaient face à de nombreux problèmes, l'état psychologique des gestionnaires est devenu une préoccupation du ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa réorganisation du réseau.

En 2000, une étude sur la qualité de vie au travail des cadres supérieurs du réseau est donc commanditée par le MSSS. Cette étude (Morin, Archambault, & Bellavance, 2001) se déroule en deux parties, dont la première obtient la participation de 717 cadres supérieurs du réseau sociosanitaire québécois. Cette première phase interroge les gestionnaires sur leur satisfaction professionnelle et leur engagement au travail. Les résultats dressent un portrait mitigé de l'opinion des cadres : si la plupart sont satisfaits professionnellement (moyenne de 6,1

[légèrement satisfait] et médiane de 7,0 [assez satisfait] sur une échelle de 1 à 9), une proportion totale de 30,8% des répondantes et répondants se déclarent insatisfaits (2,8% sont légèrement insatisfaits, 13,2% sont assez insatisfaits, 12,4% sont très insatisfaits et 2,4% se disent extrêmement insatisfaits de leur vie professionnelle). Le concept de satisfaction professionnelle est important puisqu'il est lié à la motivation au travail (Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001), qui est ici notre sujet principal à l'étude. On peut donc déduire que l'insatisfaction de près du tiers des cadres interrogés se reflète sur leur niveau de motivation à accomplir leur travail, en plus d'affecter leur qualité de vie dans leur emploi.

Au niveau de l'engagement au travail, les résultats de cette même étude montrent que les gestionnaires du réseau ont principalement un attachement d'ordre affectif et un bon degré d'identification et d'intériorisation des valeurs de l'établissement. D'ailleurs les auteurs résument (Morin et al., 2001, p.13):

> *Ces résultats sont encourageants : ils indiquent clairement que le Réseau peut compter sur l'engagement des cadres supérieurs, et ce, en dépit des difficultés ou des frustrations que leur quotidien peut leur présenter. Il faut donc considérer cela comme un atout qu'il faut préserver et protéger.*

Ces auteurs perçoivent donc l'engagement et la motivation des cadres comme un des points forts du système de santé, malgré la présence d'un sous-ensemble de gestionnaires insatisfaits de leur situation.

Dans la deuxième phase de l'étude, 582 cadres ont répondu à un questionnaire détaillé sur la qualité de vie au travail. Les résultats montrent que si 64% des répondantes et répondants se sont sentis relativement heureux au cours de la dernière année, 36% qualifient plutôt leur état de moins heureux, et 17,6% se sont sentis relativement mal (Morin et al., 2001). De plus, 21,9% des cadres se sentaient très démoralisés dans la semaine précédant l'étude et 48,6% présentaient des symptômes d'anxiété d'intensité moyenne à sévère. Ce résultat est alarmant : près de la moitié des cadres du réseau sociosanitaire vivent des tensions régulièrement. Le niveau de détresse était mesuré à l'aide de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ).

Ainsi, on retrouve dans les résultats de cette étude un portrait à la fois alarmant et encourageant de la situation des gestionnaires du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les grands changements structurels dans l'organisation des soins ne peuvent être complètement étrangers aux difficultés rencontrées par les cadres. Notons que l'étude de Morin et al. a eu lieu au tournant du millénaire, une époque intermédiaire entre les grandes compressions budgétaires du virage ambulatoire et la dernière réforme en 2003. Malgré tout, comme la dernière réforme a choisi d'utiliser les mêmes moyens que les précédentes, en particulier la rationalisation du nombre d'établissements (Rousseau & Cazale, 2007), rien ne porte à croire que la situation ait pu se retourner du tout au tout dans les dernières années.

On peut donc constater la marque laissée par les fusions et réorganisations sur l'état psychologique du personnel du réseau. Comme le mentionnent Rousseau et Cazale (2007, p. 32); « Toute transformation impose aux ressources humaines des adaptations et porte en soi l'enjeu de la résistance au changement. » Or, il existe des outils et des moyens pour améliorer la gestion des changements dans une organisation.

Par exemple, une étude connexe sur les fonctionnaires québécois a permis à Tremblay, Sénécal et Rinfret (2001) d'établir que la motivation et la justice organisationnelle étaient deux facteurs importants à considérer en période de décroissance organisationnelle. Cette étude démontrait que les conséquences négatives de la rationalisation des effectifs peuvent être mitigées par l'autonomisation des personnes affectées (par exemple, lorsque le supérieur est moins contrôlant) et par la présence d'un sentiment de justice dans l'organisation.

Dans cette suite d'idée, le leadership des cadres et leur capacité à réaliser les objectifs de la réforme ont été examinés par des études subséquentes. Le rapport de la Commission Clair (2000) suggérant que la réforme du réseau de la santé exigeait un leadership assumé de la part des directrices et directeurs d'établissements, Houlfort et Rinfret (2010) et Rinfret, Lagacé et Laplante (2013) ont examiné les compétences nécessaires à la conduite de la réforme pour les gestionnaires d'établissements. La population de ces études était constituée des 175 directrices

et directeurs généraux membres de l'Association des directeurs généraux des établissements de santé et des services sociaux du Québec (AGESSS) et de leurs collaboratrices et collaborateurs.

La première étude (Houlfort & Rinfret, 2010) a permis d'établir un lien indirect entre le quotient émotionnel des 57 directrices et directeurs généraux participant et leur satisfaction au travail. Ce lien passerait par des variables intermédiaires comme la passion harmonieuse, le leadership transformationnel et le sentiment d'efficacité personnel. Dans la deuxième étude (Rinfret et al., 2013), les auteurs ont préféré interroger les collaborateurs pour obtenir leur opinion sur le style de leadership utilisé par leur directrice ou directeur général. De plus, l'impact de l'utilisation du style de leadership transformationnel sur la mobilisation, la motivation et la satisfaction des employées et employés a pu être évalué simultanément. Les résultats corroborent de nombreuses études sur les liens entre le leadership transformationnel et les comportements organisationnels positifs (Arnold, Turner, Barling, Kelloway, & McKee, 2007; Bono & Judge, 2003; Medley & Larochelle, 1995; Morin & Dussault, 1999). Les auteurs insistent également sur l'importance du leadership pour la consolidation des acquis de la réforme (Rinfret et al., 2013, p.12-13) :

> *À l'heure actuelle, bien que les fusions organisationnelles soient achevées et que les 95 RLS soient en place, la réussite de la réforme est toujours considérée comme fragile puisqu'il reste des efforts à faire sur plusieurs plans, notamment en termes de priorisation, d'arrimage des différents paliers, et de gouvernance (Roy, 2010). La mobilisation de tous les acteurs impliqués est essentielle pour mener à terme la réforme du RSSS, et elle passe vraisemblablement par la qualité du leadership des cadres, qui constitue le principal levier dans une démarche de mobilisation.*

L'importance de la mobilisation des employées et employés dans le cadre des réformes de la santé est soulignée à plusieurs reprises dans le rapport de la Commission Clair (2000). Dans un réseau à bout de souffle, on note que la participation de tous les acteurs est essentielle afin de satisfaire les besoins grandissants de la population en matière de santé et de services sociaux. Ce n'est donc pas étonnant que le Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux insiste sur les nouvelles réalités de la main-d'œuvre et les orientations à prendre pour assurer le bienêtre présent et futur des employées et employés de tous les niveaux.

Beaucoup de chercheurs se sont intéressés aux déterminants de la motivation dans différentes sphères de la vie des individus comme le travail, le sport, les études ou le développement personnel. Dans l'univers du travail, des travaux ont établi des liens entre la motivation individuelle et divers facteurs comme le leadership transformationnel, un style de leadership étroitement associé aux changements organisationnels (Fisher, 2006), la perception de la justice organisationnelle, qui est un construit exprimant le sentiment d'équité dans les processus de l'organisation (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007; Tremblay, Senécal, & Rinfret, 2001), et l'engagement des employées et employés face à l'organisation, particulièrement en situation de changements structurels importants (Herscovitch & Meyer, 2002). Le fort volume d'études empiriques traitant de la motivation au travail témoigne de l'importance de cette variable, autant pour les chercheurs que pour les entreprises.

Ainsi, loin d'être un cas unique dans le monde du travail d'aujourd'hui, le besoin de motiver les employées et employés est presque universel. Bien peu d'entreprises peuvent se permettre de négliger l'état de leur personnel ou de considérer comme suffisante la rémunération comme gage de motivation. Dans une entreprise publique de l'ampleur du domaine de la santé, où les décisions des intervenantes et intervenants affectent la vie, la mort et la qualité de vie des patientes et patients, maintenir et favoriser le bienêtre, la motivation et la détermination des travailleuses et travailleurs fait partie intégrante des objectifs organisationnels. Dans les organisations utilisant le capital humain, la motivation figure en tête de liste des facteurs influençant la productivité des employées et employés (Bjorklund, 2001). Pour le secteur de la santé, connaitre les principaux déterminants de la motivation de la main-d'œuvre est d'autant plus crucial qu'il existe une grande pression sur les ressources humaines, en raison des difficultés liées à l'organisation du travail et des nombreux changements qui ont affecté le réseau depuis sa création (Breton et al., 2008). Dans ce contexte, comprendre la motivation et les leviers disponibles pour l'améliorer constitue un important aspect de la gestion.

La problématique de la motivation des employées et employés n'est cependant pas confinée aux établissements de santé publique. Aujourd'hui, la plus grande flexibilité nécessaire pour acquérir

et maintenir une position de tête dans un environnement instable exige des changements et des adaptations constantes (Begun et al., 2003). L'étude des gestionnaires du système de santé québécois vise à observer l'efficacité des comportements comme le leadership transformationnel dans des organisations où les changements structurels sont chose commune, comme nous l'avons montré dans ce chapitre.

Finalement, pour bien comprendre les impacts du changement sur le personnel, il faut s'attarder aux différents facteurs influençant la motivation de ceux-ci avant, pendant et après l'implantation des réformes. Plusieurs facteurs – entre autres, le leadership, la justice et l'engagement – influencent la motivation du personnel à travers les changements organisationnels. L'étude de ces facteurs et de leur relation avec la motivation figure parmi les objectifs principaux de ce mémoire. Nous présentons en détail l'ensemble des objectifs de cette étude dans la section suivante.

Pertinence du projet et questions de recherche

Dans le contexte décrit précédemment, nous avons décrit les principaux aspects de l'environnement organisationnel dans lequel évoluent les gestionnaires du réseau des soins de santé du Québec. Les conséquences importantes des rationalisations d'établissements et des réorganisations structurelles ont souvent été mentionnées par le passé, en particulier leur impact sur les gestionnaires et l'ensemble du personnel (Rousseau & Cazale, 2007). Dans ce contexte de pressions structurelles sur le travail des employées et employés, nous nous intéressons aux facteurs qui améliorent la résilience motivationnelle des ressources humaines. En clair, ce projet vise à élaborer et à tester un modèle prédictif de la motivation du personnel en tenant compte de trois facteurs principaux, soit le leadership, la justice organisationnelle et l'engagement au travail.

La pertinence scientifique de ce projet s'explique en partie par le petit nombre de recherches sur le comportement organisationnel ayant été effectuées durant les réformes du secteur de la santé du Québec. En effet, la majorité des études s'étant intéressées à la transformation des systèmes de santé se sont concentrées sur des thèmes comme les sciences politiques et la redistribution de l'influence au sein des établissements, l'économie et les couts totaux des systèmes de santé nationaux, ou encore l'administration et l'histoire générale des systèmes de santé nationaux (Malo & Grenier, 2008). Malgré nombre d'études ayant abordé ce sujet sous des angles variés, peu d'études managériales ont porté précisément sur l'aspect du comportement organisationnel des gestionnaires et sur l'impact que peut avoir leur style de leadership à travers les modifications structurelles, particulièrement en contexte francophone (Leatt & Porter, 2003).

Pour pallier cette lacune, Rinfret a commencé des recherches en 2006 auprès des directrices et directeurs généraux d'établissements sociosanitaires. Ces recherches s'intéressaient, entre autres, aux liens entre l'intelligence émotionnelle, le leadership transformationnel, la motivation et la satisfaction au travail. Elles ont permis de valider un modèle selon lequel le leadership transformationnel favorise la perception de justice organisationnelle dans l'introduction de changements, ce qui en retour favorise une multitude de comportements bénéfiques à l'organisation chez les collaboratrices et collaborateurs. Ce premier volet de la recherche a

cependant soulevé d'autres questions sur les effets du leadership transformationnel. Les auteurs se questionnent, par exemple, sur la proportion des gestionnaires qui sont influencés par le leadership de leur supérieur ou qui sont suffisamment motivés suite aux changements de la réforme pour perpétuer les transformations opérées. En effet, une masse critique d'employées et employés motivés est nécessaire afin d'opérationnaliser et d'intégrer les changements dans l'ensemble du réseau (Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000; Rinfret et al, 2013).

Une grande limite méthodologique de cette étude était l'étroitesse de la population à l'étude, soit les directeurs généraux d'établissement. Afin de pallier cette faiblesse, une nouvelle étude a été commanditée dans le prolongement de la première; cette fois, la population interrogée comprend l'ensemble du personnel d'encadrement du réseau de la santé, soit tous les cadres de niveau intermédiaire. En étendant l'étude au groupe formant la majorité des gestionnaires du réseau de soins de santé, nous espérons obtenir un portrait globalement plus représentatif et déterminer si les résultats de l'étude précédente sont généralisables à l'ensemble du réseau.

Ce projet de mémoire s'inscrit en parallèle de cette série de recherche. Alors que les travaux de Rinfret et al. se concentrent sur l'analyse des déterminants et des répercussions du leadership des cadres, notre étude se penche spécifiquement sur la motivation des cadres et ses déterminants, parmi lesquels figure le leadership du supérieur.

Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire porte sur l'élaboration et la validation d'un modèle prédictif du niveau de motivation chez les gestionnaires du réseau. Ce modèle intègre trois déterminants principaux, soit le leadership du supérieur, la justice organisationnelle et l'engagement envers le travail, afin d'expliquer la motivation des gestionnaires dans un contexte de réorganisations structurelles. Ce modèle se fonde sur des connaissances théoriques sur la motivation au travail, spécialement en période de changement organisationnel.

De façon secondaire, ce mémoire contribuera également à dessiner un portrait de l'état actuel de plusieurs attributs associés aux gestionnaires du réseau de santé et des services sociaux. En

particulier, un portrait complet de la motivation des cadres sera dressé au cours de l'étude. De même, l'engagement, la perception de justice et le leadership du personnel-cadre seront évalués par le fait même, permettant ainsi de profiler un grand nombre de caractéristiques des gestionnaires du système sociosanitaire québécois.

Cadre théorique

L'objectif principal de cette étude est d'élaborer et de valider empiriquement un modèle prédictif de la motivation des gestionnaires du système de santé du Québec. Ce modèle tiendra compte des spécificités de la situation du réseau québécois, en particulier la prédominance des réformes et restructurations qui ont forgé l'identité de l'appareil sociosanitaire au cours des dernières années. Pour accomplir cet objectif, nous définissons ici les concepts théoriques qui serviront de fondation au modèle prédictif. Le premier concept, soit la motivation, forme le sujet central étudié ici. Les trois autres concepts que nous présentons sont le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif, qui seront positionnés comme déterminants de la motivation dans le modèle final.

Principaux concepts utilisés

La motivation

La motivation est un concept vaste et largement étudié en psychologie. Bien qu'une définition unanime élude toujours la communauté scientifique, on retrouve plusieurs éléments récurrents dans les définitions des différents auteurs. En fait, lorsqu'on parle de motivation, on s'intéresse à: ce qui dynamise les comportements humains; ce qui oriente ces comportements et; comment ce comportement est maintenu ou soutenu (Steers & Porter, 1991). Dans cette étude, nous utiliserons la définition de Vallerand et Thill (1993, p. 18), laquelle regroupe toutes ces notions :

> *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.*

La motivation est depuis longtemps décrite comme l'une des préoccupations les plus centrales dans la recherche organisationnelle (Baron, 1991), et elle détient toujours une position significative dans les yeux des savants (Miner, 2003), une conclusion que Miner base sur une comparaison avec les autres théories du comportement organisationnel. De nombreuses études

supportent les bénéfices associés à la motivation des employés, tant au niveau individuel qu'organisationnel : meilleure performance et créativité, bienêtre psychologique, confiance et engagement envers l'organisation, attitude positive et meilleure satisfaction au travail (Baard, Deci, & Ryan, 2004; Deci, et al., 2001; Gagné, Boies, Koestner, & Martens, 2004; Gagné & Deci, 2005).

Dans la dernière décennie, la conception scientifique a également évolué pour inclure différentes dimensions de l'environnement. Ainsi, les trois C de la motivation au travail (Kanfer, Chen, & Pritchard, 2008) constituent un cadre euristique pour organiser la théorie, la recherche et les considérations pratiques en trois catégories: le contenu (personne), le contexte (situation) et le changement. Cette dernière catégorie représente les effets du temps sur les déterminants de la motivation au travail, sur les processus et sur les résultats. Cette variable temporelle met en évidence le potentiel de relations réciproques entre la personne et les variables du contexte (Kanfer R. , 2009). Dans le cadre de la réforme de la santé, intégrer la variable temporelle est un aspect important de l'analyse motivationnelle, étant donné l'étendue et l'ampleur des changements affectant le personnel. On notera que, suivant le cadre d'analyse de Kanfer et al., les effets du changement peuvent se cumuler à de multiples niveaux pour entrainer des conséquences sur les processus motivationnels au travail (Dalal & Hulin, 2008; Ployhart, 2008). Par exemple, l'atmosphère de l'organisation peut se dégrader petit à petit à mesure que la réforme progresse et, simultanément, les équipes de travail sont modifiées, ce qui demande une période d'adaptation supplémentaire nuisant doublement à la motivation.

Parmi les modèles théoriques les plus utilisés pour expliquer la motivation d'un individu, on retrouve la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; 1985; 2000; Ryan & Deci, 2000). Cette théorie, basée sur le modèle de la motivation intrinsèque et extrinsèque de Porter et Lawler (1968), ajoute un locus de contrôle à la motivation individuelle en y distinguant les concepts de *motivation contrôlée* et de *motivation autonome*. Pour citer Dworkin (1988), l'autonomie signifie approuver ses actions au plus haut niveau de réflexion. Autrement dit, c'est agir de sa propre guise, sans avoir l'impression d'être contrôlé par une tierce personne. La motivation prend donc

deux aspects : celle qui est imposée de l'extérieur, par exemple par peur de perdre son emploi et de manquer d'argent, et celle qui vient de l'intérieur, comme le fait de travailler pour le plaisir que cela apporte (accomplissement, stimulation, connaissance). La motivation intrinsèque est donc un bon exemple de motivation autonome, tandis que la motivation extrinsèque, bien qu'initialement extérieure à l'individu (motivation extrinsèque), peut être intériorisée par la personne (motivation introjectée) et comporter des éléments autonomes (motivation identifiée). Ces deux formes de motivations se distinguent aussi de « l'amotivation », ou l'absence de motivation, par le fait que ce dernier concept est caractérisé par une absence d'intention et un laisser-faire chronique. Le modèle de la motivation autodéterminée est résumé dans le graphique suivant (Figure 1).

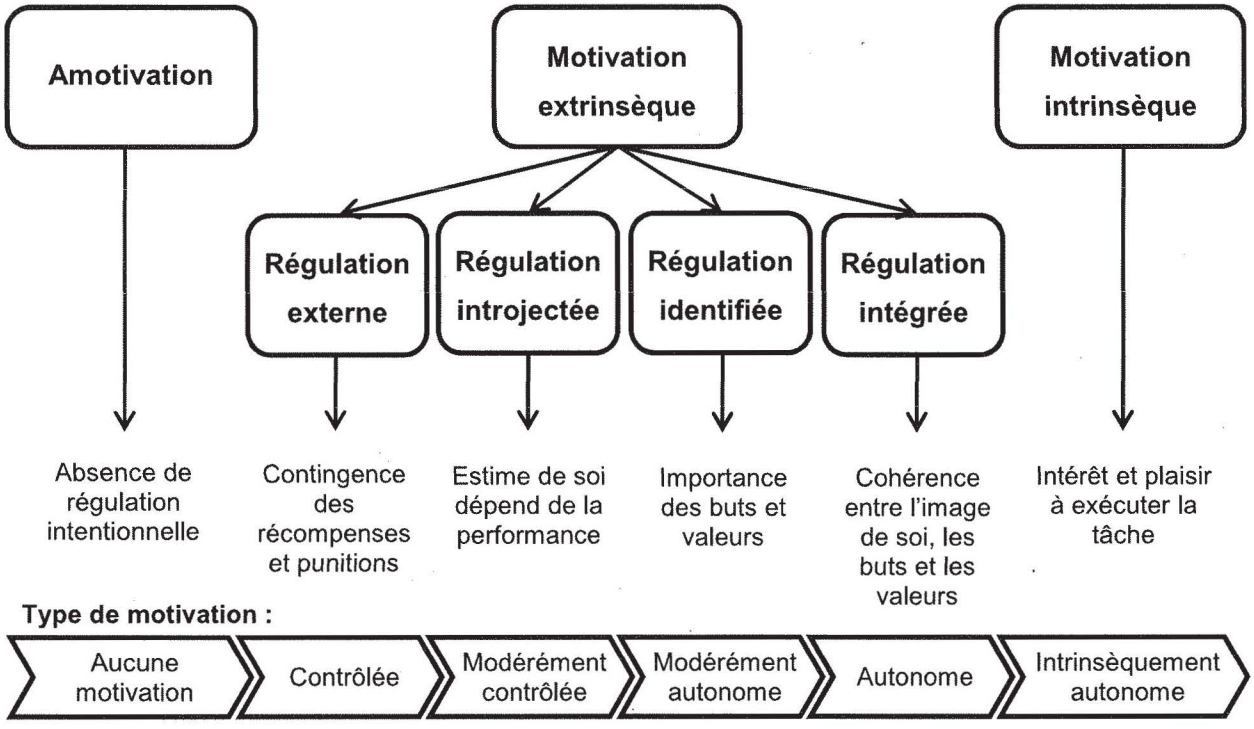


Figure 1. Continuum de l'autodétermination : La motivation intrinsèque, fondamentalement autonome, est située à droite du graphique. La motivation extrinsèque est quant à elle séparée en 4 construits selon le niveau d'autodétermination propre à l'individu. Finalement, l'amotivation (à gauche) se distingue par l'absence de régulation intentionnelle. Source : Gagné & Deci, 2005.

Ainsi, le concept principal à l'étude et donc la variable dépendante du modèle à élaborer est la motivation autodéterminée des individus. La motivation autodéterminée peut être décrite en plaçant la motivation d'une personne sur un continuum allant d'une absence totale de motivation jusqu'à la présence d'une motivation intrinsèquement autonome, tel que présenté dans le graphique ici haut.

Certaines études empiriques ont cependant mis en lumière la faible distinction qui existe entre les différentes motivations de type autonome, c'est-à-dire la régulation identifiée, la régulation intégrée et la motivation intrinsèque. Ces trois éléments sont identifiés à une gradation du niveau d'autonomie présent dans la motivation individuelle, soit de modérément autonome à intrinsèquement autonome. En pratique, la régulation intégrée, qui constitue le seuil critique entre la motivation extrinsèque et intrinsèque, est difficile à identifier et à distinguer des construits adjacents (Chen & Bozeman, 2012). Dans bien des cas, la mesure de la régulation intégrée n'obtient pas un indice de cohérence suffisant pour être considéré comme valide. Pour ces raisons, plusieurs études (Chen & Bozeman, 2012; Gagné, et al., 2010; Sheldon, Turban, Brown, Barrick, & Judge, 2003), dont la présente, s'abstiennent de mesurer le concept de régulation intégrée. Cela n'empêche en rien la mesure du degré d'autodétermination de la motivation d'un individu, qui est alors réalisée en utilisant les 5 autres concepts de ce continuum.

Ainsi, la motivation est influencée par une multitude de facteurs, dont certains sont externes et d'autres internes. Il existe aussi une multitude de variables déterminantes de la motivation, parmi lesquelles on retrouve le leadership transformationnel, la perception de la justice organisationnelle et l'engagement des employés (Rinfret et al., 2013). Ces concepts seront décrits dans les sections suivantes et seront par la suite inclus dans un modèle prédictif de la motivation autodéterminée des employées et employés.

Le leadership transformationnel

La théorie des leaderships transactionnel et transformationnel remonte à Burns (1978). Elle fut par la suite développée par Bass (1985), qui reconnut que cette théorie pouvait s'appliquer universellement dans les organisations (Bass, 1997). Le leadership transactionnel est orienté vers les besoins pratiques des employés, sans relation émotionnelle entre le leader et ses subordonnées et subordonnés. Le leader transactionnel est réactif : il se contente de récompenser les bonnes performances et de punir les mauvais comportements. Il existe quatre types de transactions dans ce style de management, soit 1) la récompense contingente; 2) le management par exception active; 3) le management par exception passive et; 4) le management de type « laisser-faire » (Bass & Avolio, 1993). Une expansion du leader transactionnel, le leader transformationnel est en mesure d'inspirer ses subordonnées et subordonnés en établissement des liens émotionnels avec eux. Il existe cinq composantes transformationnelles pouvant être manifestées par le leader : l'influence idéalisée (attribuée), l'influence idéalisée (comportement), l'inspiration au surpassement (motivation), la stimulation intellectuelle créative et la considération individualisée (Bass, 1985; Bycio, Kackett, & Allen, 1995; Dvir, Eden, Avolio, & Shamir, 2002). Ces différents aspects du leadership transformationnel représentent des groupes de comportements, d'attitudes ou d'actions posés par le supérieur dans ses interactions avec ses subordonnées et subordonnés en milieu organisationnel. Ces comportements transformationnels sont recherchés et encouragés chez les leaders pour les bienfaits qu'ils apportent au personnel supervisé et à l'organisation dans son ensemble (Dvir et al., 2002).

Notre intérêt pour le leadership transformationnel découle des nombreux avantages qui y sont associés. Par exemple, les employées et employés d'un leader transformationnel sont plus motivés et accordent une plus grande importance à leur travail (Bono & Judge, 2003) que les employés d'un leader transactionnel. De plus, le leadership transformationnel est un style de leadership étroitement associé aux changements organisationnels (Fisher, 2006). En effet, les comportements transformationnels feraient partie des meilleurs outils de l'organisation pour agir

sur la motivation des employées et employés (Pillai & Williams, 2004; Podsakoff, MacKenzie, Paine, & Bachrach, 2000). Le leadership transformationnel a donc un rôle positif à jouer dans la motivation des employées et employés dans un contexte de réorganisation comme celui vécu dans l'ensemble du réseau des soins de santé du Québec dans les dernières années.

Pour expliquer les rouages de la relation entre le leadership et la motivation de ses subordonnées et subordonnés, Ilies, Judge, & Wagner (2006) ont proposé un modèle impliquant deux mécanismes connexes par lesquels les leaders transformationnels influencent la motivation des autres. Le premier mécanisme est affectif et consiste, pour le leader charismatique, à induire des expériences émotives positives chez ses employés. Les associations établies entre le leadership transformationnel et la satisfaction au travail (Medley & Larochelle, 1995), le sentiment de compétence des employées et employés (Morin & Dussault, 1999) et le bienêtre au travail (Arnold, Turner, Barling, Kelloway, & McKee, 2007) représentent des exemples de l'influence affective du leader transformationnel. Pour représenter ce mécanisme, nous intégrons le concept de l'engagement affectif (Meyer & Herscovitch, 2001) comme variable médiatrice de la relation entre le leadership et la motivation. Nous explorons cette relation plus en détail dans les sections suivantes.

Le second mécanisme utilisé par le leader transformationnel pour influencer la motivation de ses subordonnées et subordonnés est d'ordre cognitif et témoigne de la façon dont le leader communique et partage sa vision ainsi que les conséquences de cette vision sur les objectifs à accomplir. Afin d'intégrer cet aspect, la justice organisationnelle sera utilisée comme un facteur médiateur de la relation entre le leadership transformationnel et la motivation. En effet, la contribution du leader transformationnel dans la création d'un climat de justice dans l'organisation est bien établie (Gefen, Ragowsky, & Ridings, 2008; Walumbwa, Wu, & Orwa, 2008). De plus, il a été observé dans l'étude de Rinfret et al. (2013) sur les gestionnaires du domaine de la santé au Québec que la justice organisationnelle avait un rôle médiateur dans la relation entre le leadership transformationnel et la motivation autodéterminée.

Ainsi, le leadership transformationnel est un style de leadership étroitement associé à la motivation des employées et employés en période de changements organisationnels (Fisher, 2006). En outre, dans le cadre de réformes organisationnelles importantes, l'action du leadership transformationnel sur la perception de justice joue un rôle majeur dans la motivation du personnel (Tyler & De Cremer, 2005). Il est donc justifié de les conceptualiser comme des déterminants de la motivation au travail. Nous expliquons en détail le concept de justice et son action sur la motivation dans les paragraphes suivants.

La justice organisationnelle

Beugré (1998, p. xiii) définit la justice organisationnelle comme « *l'équité perçue des échanges prenant place dans une organisation, qu'ils soient sociaux ou économiques et impliquant l'individu dans sa relation avec ses supérieurs, ses subordonnés, ses collègues et avec l'organisation prise comme système social* ». La justice organisationnelle est donc un construit exprimant le sentiment d'équité d'un individu par rapport aux processus de l'organisation. On retrouve, lorsqu'on parle de justice, trois concepts qui sont issus des différents courants de recherche dans ce domaine (Cropanzano, Rupp, Mohler, & Schminke, 2001). En premier lieu, la justice distributive concerne l'équité perçue dans les rétributions matérielles, sociales et émotionnelles reçues par l'employé (Adams, 1963; Adams, 1965). En second lieu, la justice procédurale correspond à l'impartialité et l'intégrité des processus menant à l'allocation des récompenses ou à la distribution de sanctions (Lind & Tyler, 1988). Finalement, la composante interactionnelle de la justice est directement reliée à l'aspect humain des traitements interpersonnels et des relations entre l'employé et ses supérieurs (Bies & Moag, 1986). Cette dernière dimension a été subdivisée en deux : la justice informationnelle, liée à la justification et la sincérité de l'autorité, et la justice interpersonnelle, concernant plutôt le respect de la personne dans les interactions (Greenberg, 1993). Chacune de ces dimensions revêt une importance pour la justice organisationnelle et des métaanalyses ont confirmé la distinction entre ces types de justices (Cohen-Charash & Spector, 2001; Colquitt, Conlon, Wesson, Porter, & Ng, 2001). Nous

utiliserons donc les trois dimensions conjointement de la justice afin d'évaluer leur impact global sur la motivation du personnel.

En organisation, un manque de justice se traduit généralement par une réaction réciproque de la part des employées et employés, générant de l'insatisfaction, l'absence de coopération, voire la vengeance (Bies & Tripp, 2001; Bordia, Restubog, & Tang, 2008). À l'inverse, les leaders justes reçoivent l'assistance, le soutien et la coopération de leurs subordonnées et subordonnés (Cropanzano et al., 2001).

Dans une période de changement ou de restructuration, la perception de justice est déterminante dans plusieurs aspects du comportement des employés, influençant positivement la motivation, la productivité et la performance de ceux-ci. Au contraire, lorsqu'ils perçoivent une absence de justice, les employées et employés sont insatisfaits, improductifs et ont l'intention de quitter leur emploi (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007). De plus, comme le leadership transformationnel favorise la perception de justice des employées et employés (Gefen, Ragowsky, & Ridings, 2008; Walumbwa, Wu, & Orwa, 2008), et ce, particulièrement lors de changements, de réforme ou de restructuration (Tyler & De Cremer, 2005), le leadership des cadres fait œuvre de levier pour assurer la motivation au travail des subordonnées et subordonnés en période de remous organisationnels (Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme, & Doucet, 2005).

La perception de justice organisationnelle est également un déterminant de la motivation des employées et employés, comme le démontrent des études québécoises (Rinfret et al., 2013) et américaines (Colquitt & Chertkoff, 2002; Cropanzano & Folger, 1991). De plus, la justice exerce également une certaine influence sur le niveau d'engagement des employées et employés (Tang & Sarsfield-Baldwin, 1996). Toutes ces relations serviront de support empirique au modèle théorique présenté dans cette étude.

L'engagement des employées et employés

Dans les sections précédentes, nous avons vu que l'engagement du personnel est affecté par le leadership transformationnel du supérieur et par la perception de justice organisationnelle des individus en question. Lorsque nous parlons de l'engagement (« commitment ») d'un individu, nous nous référons à la définition de Meyer & Herscovitch (2001, p. 301), c'est-à-dire : « une force qui lie un individu à un plan d'action pour atteindre une cible particulière ». L'engagement peut, selon ces auteurs, prendre trois formes suivant les raisons qui poussent l'individu à s'engager. D'abord, lorsque la base de l'engagement est l'implication personnelle, l'identification de soi avec l'objectif et/ou la congruence de valeurs, l'engagement est d'ordre affectif (Becker, Billings, Eveleth, & Gilbert, 1996). L'engagement normatif survient en fonction de la socialisation culturelle et organisationnelle, quand la réception d'avantages ou de faveurs crée un besoin de réciprocité envers l'organisation (Wiener, 1982). Finalement, l'engagement de maintien (« continuance commitment ») se développe à la suite d'investissements cumulés, en temps, efforts ou autres, qui seraient gaspillés si l'individu devait renoncer à son objectif (Powell & Meyer, 2004). L'engagement peut aussi avoir différents accents, par exemple, envers le travail, l'équipe de travail, le syndicat, la profession, etc. (Cohen, 2003).

Les trois formes d'engagement ont tendance à lier les employés à l'organisation et à diminuer le roulement du personnel. Cependant, la recherche montre que l'engagement affectif a la plus forte corrélation positive avec le rendement au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle, et la présence au travail, suivi par l'engagement normatif (Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002). L'engagement de maintien a tendance à être indépendant, voire négativement lié à ces comportements.

L'engagement organisationnel influence la motivation des employées et employés dans leurs tâches quotidiennes (Meyer, Becker, & Vandenberghe, 2004). Pour Meyer et al., l'engagement serait une composante de la motivation, plus précisément, une « force énergisante » du comportement. Ainsi, l'engagement organisationnel est considéré comme un déterminant direct de la motivation au travail. Cette relation s'explique par l'acquisition de buts à court, moyen et

long termes lorsqu'une employée ou un employé est engagé envers son organisation. Ces buts servent alors à encourager des comportements motivés envers son travail (Meyer et al., 2004).

Parmi les facteurs influençant l'engagement, on retrouve deux des concepts décrits précédemment, soit le leadership transformationnel (Meyer et al., 2004) et la justice organisationnelle (Tang & Sarsfield-Baldwin, 1996). La justice, à travers le support organisationnel perçu par les employées et employés, influence positivement l'engagement affectif et, dans une moindre mesure, l'engagement normatif du personnel envers l'organisation (Lavelle, Rupp, & Brockner, 2007; Panaccio & Vandenberghe, 2009). Par contre, l'engagement de maintien est influencé soit négativement, soit très peu par la justice organisationnelle.

Cependant, le leadership transformationnel demeure le concept ayant la relation la plus étroite avec l'engagement des employées et employés (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004; Jernigan & Beggs, 2005; Papalexandris & Galanaki, 2009), plus particulièrement en situation de changement (Herold, Fedor, Caldwell, & Liu, 2008). Les subordonnées et subordonnés d'un leader transformationnel sont plus satisfaits par leur travail, en partie à cause du partage de la vision de ce dernier, de la stimulation intellectuelle et du sentiment d'autonomisation (« empowerment ») (Avolio et al., 2004; Jernigan & Beggs, 2005). De plus, cette relation entre le leadership et l'engagement est plus marquée lorsqu'il existe peu de distance entre le leader et l'employée ou employé à influencer, c'est-à-dire que l'influence du leader est plus forte chez ses subordonnées et subordonnés immédiats (Avolio et al., 2004).

Comme l'engagement affectif est le concept le plus étroitement relié au leadership transformationnel et à la motivation (Avolio et al., 2004; Meyer et al., 2004), c'est cette composante de l'engagement organisationnel qui sera utilisée et mesurée dans le modèle proposé dans la section suivante.

Modèle théorique proposé

Rappelons que l'objectif de cette étude est d'énoncer et de valider empiriquement un modèle prédictif de la motivation des gestionnaires du système de santé du Québec. Ce modèle doit tenir compte des spécificités de la situation du réseau québécois, en particulier la prédominance des réformes et des changements organisationnels dans l'appareil sociosanitaire au cours des dernières années. Pour énoncer ce modèle, nous avons défini quatre concepts théoriques qui serviront de fondation au modèle prédictif. Ces concepts sont la motivation, décrite par la théorie de l'autodétermination, et ses déterminants, soit le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif. Dans la section suivante, nous reprenons ces concepts depuis des modèles théoriques existants afin de les appliquer à la situation québécoise. Nous élaborons ainsi un modèle prédictif de la motivation des employées et employés applicable à la situation particulière du réseau des soins de santé québécois.

Le modèle conceptuel

Il existe plusieurs modèles représentant la motivation des employés dans le cadre de leur travail. Nous avons vu que pour Ilies, Judge, & Wagner (2006), il existe deux processus – distincts, mais connexes – influençant les comportements motivés des employés, l'un étant affectif et l'autre cognitif. Au Québec, un modèle théorique plus vaste est proposé par Tremblay & Simard (2005), réunissant des éléments organisationnels et individuels.

Dans ce modèle, les principaux leviers de l'organisation pour influencer la motivation des employés sont les bénéfices psychologiques apportés par l'intermédiaire de pratiques organisationnelles comme le leadership des cadres, les pratiques de gestion des ressources humaines et l'organisation du travail. De plus, ce modèle postule certaines conditions essentielles à l'établissement d'un climat motivationnel, soit la reconnaissance, l'autonomisation (ou pouvoir d'agir / « empowerement »), la justice, le soutien et la confiance. Le modèle de Tremblay & Simard expose donc que ces conditions sont favorables à la motivation du personnel, mais que

ce lien est aussi influencé par des variables médiatrices individuelles comme l'engagement affectif.

La complexité du modèle de Tremblay et Simard l'expose cependant à des difficultés au niveau de la validation empirique. Par ailleurs, sa portée va au-delà des préoccupations de la présente étude. Le modèle théorique que nous proposons reprend donc les éléments les plus pertinents de ce modèle, mais sans avoir la même prétention d'exhaustivité. Également, nous retirons du modèle de Ilies et al. la structure globale des processus influençant la motivation.

En nous basant sur ces travaux ainsi que ceux de Rinfret et al. (2013), nous proposons un modèle (Figure 2) représentant une chaine causale allant du leadership transformationnel du supérieur jusqu'à la motivation des employées et employés, avec à la fois la justice organisationnelle et l'engagement affectif comme variables médiatrices. Ce modèle est représentatif des axes affectif (par l'engagement affectif) et cognitif (par la perception de justice organisationnelle) qui influencent la motivation dans les processus identifiés par Ilies et al. (2006).

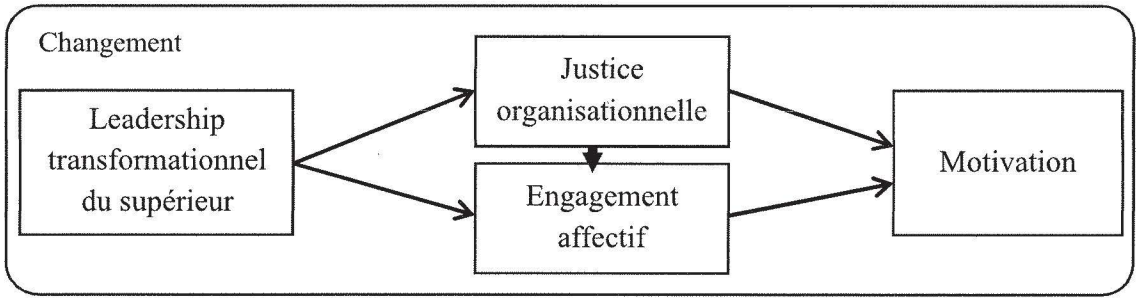


Figure 2. Modèle conceptuel de recherche

Les hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche découlent du modèle conceptuel et peuvent être énoncées globalement de la façon suivante : Plus un supérieur immédiat est perçu comme étant de style transformationnel, plus le sentiment de justice organisationnelle et l'engagement affectif de ses subordonnés seront élevés. Plus le sentiment de justice organisationnelle est élevé, plus la

motivation sera grande pour les subordonnées et subordonnés. Finalement, plus l'engagement affectif des subordonnées et subordonnés est élevé, plus leur motivation le sera.

Les hypothèses sur le modèle sont donc formulées de la façon suivante :

H1 : Le leadership transformationnel perçu du supérieur immédiat influence positivement la perception de justice organisationnelle des employées et employés supervisés.

H2 : Le leadership transformationnel perçu du supérieur immédiat influence positivement l'engagement affectif des employées et employés supervisés.

Ces deux premières hypothèses découlent des nombreux travaux réalisés sur les bienfaits du leadership transformationnel. Un leader transformationnel contribue à la création d'un climat de justice au sein d'une organisation (Gefen, Ragowsky, & Ridings, 2008; Walumbwa, Wu, & Orwa, 2008), et le réseau de la santé n'y fait pas exception (Rinfret et al., 2013). Cette relation est d'ailleurs accentuée en période de réforme organisationnelle, où le personnel est plus sensible aux processus décisionnels qui peuvent avoir un impact majeur sur leur carrière (Tyler & De Cremer, 2005).

Les comportements transformationnels d'un cadre sont également reconnus pour influencer l'engagement affectif de ses subordonnées et subordonnés (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004; Jernigan & Beggs, 2005; Meyer et al., 2004; Papalexandris & Galanaki, 2009). En particulier, le partage de la vision, la stimulation intellectuelle et le sentiment d'autonomisation offert par un leader transformationnel influencent de façon positive le degré d'engagement du personnel (Avolio et al., 2004; Jernigan & Beggs, 2005).

H3 : La perception de justice organisationnelle d'une employée ou d'un employé influence positivement sa motivation.

La troisième hypothèse correspond à l'une des relations les plus instinctivement évidentes du modèle. Si les bienfaits du sentiment de justice organisationnel semblent évidents, les méfaits de l'absence de justice le sont encore plus. En période de changement, un manque au niveau de la justice amène son lot de problèmes au niveau des employées et employés : manque de motivation, productivité et performance affaiblies et intention de quitter leur poste (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007). Plusieurs études supportent le lien entre la justice organisationnelle et la

motivation du personnel (Colquitt & Chertkoff, 2002; Cropanzano & Folger, 1991; Rinfret et al., 2013).

H4 : L'engagement affectif d'une employée ou d'un employé influence positivement sa motivation.

Cette hypothèse est soutenue, entre autres, par les travaux de Meyer, Becker, & Vandenberghe (2004). Pour ces auteurs, l'engagement est un déterminant direct de la motivation au travail. Ils expliquent cette relation par le fait qu'une employée ou un employé engagé envers son organisation se construit des buts à court, moyen et long terme, ce qui motive et dynamise son comportement dans ses tâches quotidiennes. Notre hypothèse est basée sur cette théorie voulant que l'engagement affectif contribue à la motivation au travail.

Le modèle tient aussi compte de la relation entre le sentiment de justice organisationnelle et l'engagement affectif. En effet, le support organisationnel perçu par les employées et employés facilite l'engagement affectif de ceux-ci (Lavelle, Rupp, & Brockner, 2007; Panaccio & Vandenberghe, 2009). Cependant, il est de l'opinion de certains chercheurs que le leadership transformationnel du supérieur est le facteur ayant le plus d'influence sur l'engagement de ses subordonnées et subordonnés (Avolio, Zhu, Koh, & Bhatia, 2004; Jernigan & Beggs, 2005; Papalexandris & Galanaki, 2009), donc notre dernière hypothèse est :

H5 : L'influence du leadership transformationnel sur l'engagement affectif sera plus importante que l'influence de la perception de justice sur l'engagement affectif.

Méthodologie

L'objectif de cette étude est d'élaborer et de valider empiriquement un modèle prédictif de la motivation des gestionnaires du système de santé du Québec. Ce modèle tient compte des spécificités de la situation du réseau québécois, en particulier la prédominance des réformes et des changements organisationnels de l'appareil sociosanitaire au cours des dernières années. Ce modèle est énoncé à partir de quatre concepts théoriques qui sont la motivation, décrite par la théorie de l'autodétermination, le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif. Le modèle intègre ces concepts dans une chaine causale allant du leadership transformationnel à la motivation, avec le sentiment de justice organisationnelle et l'engagement affectif comme variables médiatrices parallèles (Figure 2). Selon les hypothèses de recherche, chacune des paires de variables sera corrélée positivement, ce qui permettra de valider la valeur prédictive du modèle dans le contexte québécois. La méthodologie utilisée pour élaborer et valider le modèle est présentée dans cette section.

Stratégie de recherche

Posture épistémologique

Pour l'étude proposée ici, les concepts de motivation, de leadership transformationnel, de justice organisationnelle et d'engagement sont opérationnalisés pour être mesurés à l'aide des indicateurs mentionnés précédemment et convertis en variables quantitatives. Le lien entre ces différentes variables sera ensuite étudié à partir d'un schéma corrélationnel. Il s'agit de tester empiriquement le modèle conceptuel en examinant le niveau de motivation des individus composant l'échantillon et en observant les corrélats de leur motivation avec les déterminants identifiés.

La posture épistémologique s'inscrit donc logiquement dans un courant positiviste, puisque l'utilisation de méthodes quantitatives renvoie à cette philosophie (Kolakowski, 1976). Le plan

expérimental suppose l'élaboration de procédures de collecte de données quantifiables et mesurables. De plus, ce plan expérimental inclut le traitement statistique de données en vue d'établir des lois générales et des prévisions quant à l'apparition, la disparition et l'évolution du phénomène à l'étude. Cette méthodologie a pour but d'analyser la réalité afin de prédire les résultats (Levy, 1994).

Population et échantillon

La population à l'étude sera composée des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Nous limitons la portée de l'étude aux cadres intermédiaires parce que ceux-ci forment la majorité des gestionnaires du réseau de santé québécois, soit un peu moins de 90% des 10 000 cadres, et que leur travail a été fortement influencé par la réforme (Dussault & Dubois, 2003).

Pour prélever un échantillon représentatif, des partenariats avec les associations de gestionnaires du système sociosanitaire ont été développés. Une entente a été convenue entre la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public et les deux associations suivantes : l'Association du personnel d'encadrement de la santé et des services sociaux (APER) et l'Association des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux (AGÉSSS). Avec ces partenariats, les associations feront un appel général à leurs membres afin de les inviter à participer à l'étude. Les participantes et participants sollicités seront cependant limités aux établissements ayant spécifiquement accepté de donner leur appui à l'étude et ayant approuvé la recherche par l'intermédiaire de leur comité d'éthique ou comité de convenance dans le cadre du processus multicentrique du MSSS. Le comité d'éthique pour la recherche du CSSS de la Montagne, que nous remercions fortement, fait office de comité d'éthique principal dans ce processus. La liste des 62 établissements participants est présentée en annexe (Annexe A : Établissements participants). Le nombre de gestionnaires par établissement figure également dans cette annexe.

La méthode de sélection des participants rend l'échantillonnage non probabiliste et volontaire. Bien qu'un échantillon probabiliste serait préférable, l'échantillonnage volontaire permettra la participation d'un plus grand nombre de répondants, en plus de simplifier la tâche à nos partenaires pour l'étude.

Les participantes et participants seront invités à fournir des informations sociodémographiques, managériales et professionnelles afin d'établir les caractéristiques de la population étudiée et, si nécessaire, fournir des éléments permettant une poststratification des résultats. Les données recueillies seront, entre autres, le temps d'occupation du poste actuel, leur expérience dans le réseau de la santé et le nombre d'employés supervisés.

Procédure de la collecte de données

L'obtention des données se fera par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué à l'aide d'une plateforme informatique (Survey Monkey). L'utilisation de cet outil numérisé permettra une économie de temps et d'énergie dans plusieurs étapes du processus. En plus de faciliter la production, la distribution et le traitement des questionnaires, le programme ajoute de la flexibilité à l'utilisateur lorsqu'il répond au questionnaire en permettant la sauvegarde et la récupération des données. De plus, le risque d'erreurs de dépouillement est minimisé par l'automatisation de cette étape.

Les associations distribueront par courriel une lettre d'invitation de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public auprès de leurs membres. La lettre d'invitation utilisée est reproduite en annexe (Annexe B : Lettre d'invitation aux participants). Le questionnaire sera accessible en ligne à l'aide d'un code unique qui sera envoyé au même moment. Un second message sera émis aux répondants par le même médium après la moitié du délai de réponse afin de rappeler aux gestionnaires l'importance de leur participation au projet. Au total, un délai de 12 semaines est prévu pour permettre aux intéressés de répondre à l'ensemble des questions.

La procédure méthodologique et les questionnaires utilisés dans notre étude ont été approuvés par le comité d'éthique pour la recherche du CSSS de la Montagne, qui a donné son aval à ce projet. Le numéro de certificat d'éthique est le MP-CSSS-DLM-M-10-005. Ce certificat est joint à cette étude en annexe (Annexe C : Certifcat d'éthique). Conformément aux exigences éthiques, l'anonymat des répondants est assuré à chacune des étapes du processus.

Les variables, les indicateurs et les instruments de mesure

Il existe des indicateurs reconnus empiriquement pour mesurer chacun des concepts énoncés dans les hypothèses de recherche. Ces indicateurs sont conçus sous forme de questionnaires

d'autoappréciation avec des échelles de type Likert. Pour les trois concepts servant de variables indépendantes, soit le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif, la précision des construits et l'absence d'alternative réduisent les possibilités à leur plus simple expression pour le choix des indicateurs, ce qui n'est pas le cas du concept servant de variable dépendante, c'est-à-dire la motivation, sur laquelle nous élaborons plus en détail à l'instant.

Motivation : l'inventaire des motivations au travail de Blais

D'abord, le cas de la motivation est plus complexe que les autres mesures, en grande partie parce que ce concept est vaste et peut être mesuré par un grand nombre d'indicateurs différents selon la définition que l'on donne au terme. Notre choix se porte cependant sur la théorie de l'autodétermination, notamment pour sa pertinence dans le monde du travail et en raison de la disponibilité d'un outil de mesure approprié et validé en contexte québécois. Ainsi, nous utilisons l'inventaire des motivations au travail de Blais (Blais, Brière, Lachance, Riddle, & Vallerand, 1993). Cet outil se sert de trois indicateurs réunis sous la théorie de la motivation autodéterminée : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque (caractérisée par un continuum selon son niveau d'autodétermination) et l'absence de motivation (« amotivation »). La théorie de l'autodétermination offre une base théorique appuyée par des indicateurs dont la validité et la fidélité pour mesurer la motivation ont été démontrées par des études empiriques dans le contexte canadien et francophone (Blais et al., 1993). Le questionnaire présente également l'avantage d'être une des rares mesures de la motivation conçue en français.

L'inventaire des motivations au travail (Blais et al., 1993) comprend 31 énoncés de type Likert en 7 points, où 1 correspond à l'énoncé « pas du tout en accord » et 7 correspond à l'énoncé « très fortement en accord » ($\alpha = .88$). L'inventaire est constitué de huit échelles mesurant des concepts reliés à la motivation intrinsèque et extrinsèque, et à l'amotivation. Par exemple, les énoncés « Je ne le sais pas, on nous impose des normes de rendement trop élevées. » et « Je ne le sais pas, j'ai l'impression que je n'ai pas ce qu'il faut pour bien faire ce travail. » font référence à l'amotivation externe et interne respectivement. Les échelles représentant la

motivation extrinsèque sont celles de la régulation externe (« Parce que ce type de travail me procure une sécurité. »), de la régulation introjectée (« Parce que mon travail c'est ma vie et je ne veux pas échouer. ») et de la régulation identifiée (« Parce que c'est dans ce genre de travail que je préfère poursuivre ma carrière. »). Les trois dernières échelles sont liées à la motivation intrinsèque (MI) : MI à la connaissance (« Parce que j'ai beaucoup de plaisir à apprendre de nouvelles choses dans ce travail »), MI aux simulations (« Pour les différentes émotions positives que me procure ce travail ») et MI à l'accomplissement (« Pour la satisfaction que je vis lorsque je suis en train de réussir des tâches difficiles »). Chaque échelle est constituée de quatre énoncés, à l'exception de l'échelle de l'amotivation interne, qui en comprend seulement trois.

Leadership transformationnel : l'inventaire du style de leadership[1]

Dans *l'inventaire du style de leadership* (« *Multifactor Leadership Questionnaire MLQ 5X-Short* »), conçu par Bass & Avolio (1995), le leadership transformationnel est mesuré selon cinq sous-dimensions : l'influence idéalisée (attribuée), l'influence idéalisée (comportement), l'inspiration au surpassement, la stimulation intellectuelle et la considération individualisée. Ces sous-dimensions représentent des compétences ou des attributs d'un leader transformationnel, et chacune des échelles inclut également des comportements représentatifs de l'aspect mesuré (Avolio, Bass, & Jung, 1999). Un leader transformationnel est présumé, selon le concept établi par Bass (1985), représenter ces attributs et ces comportements dans ses relations avec ses subordonnées, ce qui en fait des indicateurs valables de ce style de leadership, comme le démontrent les recherches empiriques (Avolio et al., 1999). Ce questionnaire permet également de mesurer le leadership transactionnel et le leadership de type « laisser-faire » sur un continuum avec le leadership transformationnel. Cependant, dans le contexte de notre étude, la seule variable retenue est la présence de comportements de leadership transformationnel chez le supérieur immédiat.

---

[1] Multifactor Leadership Questionnaire Leader Form (5X-Short) (MLQ)

L'inventaire du style de leadership (Bass & Avolio, 1995) est un questionnaire comprenant 45 énoncés de type Likert en 5 points, allant de 1 « jamais » à 5 « fréquemment, voire toujours ». Les énoncés mesurent trois dimensions du leadership, soit le leadership transformationnel, le leadership transactionnel et le leadership laisser-faire. Pour les buts de l'étude, seule la section sur le leadership transformationnel, comprenant 20 énoncés ($\alpha = .85$), sera remplie par les répondants. Cette section comprend des énoncés sur cinq sous-dimensions caractéristiques du leader transformationnel, soit l'influence idéalisée (attribuée), l'influence idéalisée (comportements), l'inspiration de la motivation, la stimulation intellectuelle et la considération individualisée. Il y a donc 4 énoncés par sous-dimensions. Par exemple, un énoncé représentant l'influence idéalisée (attribuée) est « J'insuffle un sentiment de fierté à ceux qui collaborent avec moi. » tandis que l'influence idéalisée (comportement) est représentée par un énoncé comme « Je prends en considération les conséquences morales et éthiques des décisions. » Les énoncés « J'exprime une vision articulée du futur. », « J'amène les autres à considérer les problèmes sous des angles différents. » et « J'aide les autres à développer leurs forces. » sont des exemples composant respectivement l'inspiration de la motivation, la stimulation intellectuelle et la considération individualisée.

Justice organisationnelle : le questionnaire de perception de la justice

La perception de justice organisationnelle prend trois formes distinctes, soit la justice distributive, la justice procédurale et la justice interactionnelle, cette dernière pouvant se subdiviser en justice informationnelle et justice interpersonnelle (Colquitt, Conlon, Wesson, Porter, & Ng, 2001). Ensemble, ces aspects de la justice forment un groupe d'indicateurs qu'il est possible d'observer empiriquement. Comme ce concept est spécifiquement relié à la *perception* des employés, les réponses de ceux-ci à des questions simples permettent de dégager aisément et avec validité l'état de la justice dans leur organisation (Daly & Geyer, 1994). Les trois sous-dimensions de la justice (distributive, procédurale et interactionnelle) seront mesurées et utilisées afin de valider le modèle postulé.

Le questionnaire de perception de la justice (Daly & Geyer, 1994) est formé de 13 énoncés de type Likert en 5 points ($\alpha = .84$) évaluant les indicateurs de justice organisationnelle durant un changement. Les réponses vont de 1, « pas du tout en accord », à 5 « très fortement en accord ». Trois aspects sont mesurés : la justice interactionnelle (« La direction m'explique en détail pourquoi l'organisation s'engage dans de tels changements. »); la justice procédurale durant le changement (« La direction opte pour des changements qui ont des conséquences injustes à mon endroit. » [Note : les réponses à cet énoncé sont inversées avant d'être comptabilisées]); et la justice distributive dans le changement (« La direction est parfaitement justifiée de suivre les décisions qu'elle prend au sujet de l'introduction des changements. »).

Engagement affectif : le questionnaire d'engagement affectif face au changement

L'engagement organisationnel, le dernier déterminant de la motivation étudié ici, peut lui aussi être fractionné en plusieurs dimensions : l'engagement affectif, l'engagement normatif et l'engagement de maintien (Cohen, 2003). Des échelles utilisées par Herscovitch & Meyer (2002) permettent d'évaluer ces aspects de façon indépendante et de donner un aperçu du style d'engagement de l'individu. De ces trois échelles, nous retenons cependant uniquement celle de l'engagement affectif, parce qu'il s'agit du type d'engagement le mieux corrélé avec le leadership transformationnel et la motivation (Avolio et al., 2004; Meyer et al., 2004). De plus, limiter l'engagement à sa composante affective permet au modèle de demeurer conforme avec la théorie des processus influençant la motivation, soit par un axe affectif (engagement) parallèle à un axe cognitif (perception de justice) (Ilies et al., 2006).

Le questionnaire de l'engagement affectif face au changement (Herscovitch & Meyer, 2002) est composé de 6 énoncés de type Likert en 7 points, où 1 correspond à « pas du tout en accord » et 7 à « très fortement en accord » ($\alpha = .88$). Ce questionnaire évalue l'engagement de type affectif des employées et employés durant une période de changements organisationnels. Un exemple d'énoncé est : « Je crois en l'importance de ce changement. »

Résumé des variables, indicateurs et instruments de mesure

Tous les concepts et les indicateurs sont résumés dans le tableau suivant (Tableau 1). Les outils de collecte de données appropriés pour ces indicateurs sont tous des questionnaires pouvant être distribués aux personnes visées ou à leurs collaborateurs (pour obtenir des opinions de tiers plutôt que des mesures autorapportées, particulièrement dans le cas du leadership).

La version complète du questionnaire utilisé dans l'étude se retrouve en annexe (Annexe D : Questionnaire).

Tableau 1. Concepts, indicateurs et instruments de collecte de données

Concept	Indicateurs	Instrument de collecte de données
Leadership transformationnel	-Influence idéalisée (attribuée) -Influence idéalisée (comportement) -Inspiration au surpassement -Stimulation intellectuelle -Considération individualisée	Questionnaire « *Multifactor Leadership Questionnaire MLQ 5X-Short* » (Bass & Avolio, 1995)
Justice organisationnelle	-Justice distributive -Justice procédurale -Justice interactionnelle	Questionnaire de perception de la justice (Daly & Geyer, 1994)
Engagement	-Engagement affectif	Questionnaire « *engagement affectif face au changement* » (Herscovitch & Meyer, 2002)
Motivation autodéterminée	-Motivation intrinsèque -Motivation extrinsèque -Amotivation	Questionnaire « *inventaire des motivations au travail de Blais* » (Blais, Brière, Lachance, Riddle & Vallerand, 1993)

Procédure d'analyses statistiques

L'analyse statistique des données obtenues se fera en plusieurs étapes. Initialement, les données devront être nettoyées afin de les rendre utilisables pour l'analyse. Les prétraitements qui seront appliqués aux données brutes consisteront d'abord à identifier et rejeter les questionnaires incomplets, puis à générer les variables à l'aide des échelles des questionnaires. Les questionnaires incomplets ne seront rejetés que si le nombre de réponses est insuffisant pour générer une ou des variables nécessaires à l'étude. Nous procèderons subséquemment par l'identification des cas extrêmes et par les analyses de normalité des variables. Les tests de Grubbs (Grubbs, 1969; Stefansky, 1972) et de BACON (Billor, Hadi, & Velleman, 2000; Weber, 2010) serviront à identifier les cas extrêmes tandis que la normalité sera déterminée à l'aide d'analyses d'asymétrie et d'aplatissement (Lei & Lomax, 2005). Dans le cas où il y aurait à la fois présence d'un ou de plusieurs cas extrêmes et d'anormalité dans la distribution des variables, les cas extrêmes seront éliminés afin de rétablir la normalité. Dans le cas où les variables seraient distribuées normalement malgré la présence de cas extrêmes, chacun de ces cas sera analysé afin d'identifier, si possible, la problématique (questionnaire rempli avec uniquement des réponses extrêmes, grand nombre de données manquantes, réponses visiblement aléatoires, etc.) et de déterminer si un rejet du questionnaire constitue la solution appropriée.

Suite à la préparation des données, des analyses préliminaires seront effectuées afin de déterminer les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. Des analyses descriptives sur les variables indépendantes et sur la variable dépendante apporteront subséquemment un portrait plus clair de l'état de notre échantillon avant de procéder aux tests d'hypothèses. De plus, des analyses ANOVA seront effectuées sur les variables afin de déterminer s'il existe des différences significatives dans notre échantillon selon le sexe, l'âge ou toute autre variable pertinente. Dans le cas où il existerait des différences importantes entre deux ou plusieurs groupes, les tests d'hypothèses et du modèle conceptuel seront également réalisés sur les strates significativement distinctes afin de s'assurer de la validité des hypothèses pour l'ensemble de la population ciblée.

La validation des hypothèses de recherche suivra les analyses préliminaires. Les hypothèses seront testées en utilisant le coefficient de corrélation linéaire de Pearson (Pearson, 1896) comme outil statistique principal. Finalement, le modèle pourra être testé en utilisant la technique d'analyse acheminatoire (« path analysis »), un type de modélisation par équation structurelle (Wright, 1921). Cette méthode utilise des régressions multiples afin de lier les variables les unes aux autres en suivant un modèle spécifique dans lequel la causalité est sous-entendue. Le modèle calculé sera par la suite testé de trois manières différentes. En premier lieu, plusieurs indices d'ajustement du modèle seront utilisés pour confirmer ou infirmer la validité globale du modèle. Les tests qui seront utilisés sont : le test de chi-deux, le RMSEA (« Root Mean Squared Error of Approximation »), le CFI (« Comparative Fit Index ») et TLI (« Tucker-Lewis Index »), le SRMR (« Standardized root mean squared residual ») et le coefficient de détermination. L'usage de plusieurs mesures d'ajustement permettra de relativiser la validité du modèle selon des paramètres différents. En effet, chacune de ces mesures associe des pénalités différentes à certains aspects d'un modèle : pénalité de complexité, pénalité pour les paramètres évalués, pénalité de taille d'échantillon et de variables mesurées, etc. Le fait de n'en rapporter qu'une seule pourrait laisser croire à un biais de sélection de la part des chercheurs (Kenny, 2012), d'où l'usage d'une multitude d'indicateurs malgré une certaine redondance. Les caractéristiques de ces indicateurs sont décrites en détail dans les paragraphes suivants.

Le test de chi carré du modèle d'équations structurelles compare le modèle à un modèle saturé, c'est-à-dire un modèle avec suffisamment de paramètres pour s'ajuster parfaitement aux données. Comme ce test compare le modèle avec un modèle parfait, on considère que le non-rejet de l'hypothèse nulle témoigne de la validité du modèle (c.-à-d. si le modèle n'est pas significativement différent du modèle saturé, le modèle n'est pas invalidé par ce test).

Le RMSEA (« Root Mean Squared Error of Approximation ») est la seconde mesure que nous utiliserons. C'est une mesure absolue de l'ajustement d'un modèle et probablement l'indicateur le plus utilisé en équations structurelles (Kenny, 2012). Plus cette mesure se rapproche de 0, meilleur est l'ajustement du modèle. MacCallum, Browne & Sugawara (1996) suggèrent d'utiliser

les valeurs 0,01, 0,05 et 0,08 pour désigner respectivement un excellent, bon et médiocre modèle. Une valeur de 0,10 est également suggérée comme dernière démarcation (Kenny, 2012). Le test pclose complète le RMSEA en ce sens qu'il s'agit d'un test de signification effectué sur le RMSEA, c.-à-d. RMSEA < 0,05. Browne & Cudeck (1993) suggèrent d'interpréter le modèle comme étant valide (« close fit ») si la borne inférieure de l'intervalle de confiance à 90% est sous les 0,05 et d'interpréter le modèle comme étant invalide (« poor fit ») si la borne supérieure est au-dessus de 0,10.

Le CFI (« Comparative Fit Index ») et le TLI (« Tucker-Lewis Index ») sont deux tests d'ajustement hautement corrélés. Si ces index sont plus grands que 1, ils sont ramenés à 1. On considère le modèle comme étant bon si les CFI/TLI sont supérieurs à 0,95, marginal s'ils sont situés entre 0,90 et 0,95 et pauvre s'ils sont inférieurs à 0,90 (Bentler, 1990). Le CFI est pratiquement toujours plus élevé que le TLI puisque le TLI impose une plus grande pénalité en regard de la complexité du modèle.

Le SRMR (« Standardized root mean squared residual ») est un indice défini comme la différence standardisée entre la corrélation observée et la corrélation prédite dans un modèle. Une valeur de 0 correspond à un ajustement parfait. Une valeur inférieure à 0,08 est considérée comme un bon ajustement pour un modèle acheminatoire (Hancock & Mueller, 2006; Hu & Bentler, 1998). C'est une mesure avec un biais positif, lequel est plus élevé pour les petites valeurs de N et de degrés de liberté. Cette mesure tend donc à être plus faible à mesure que l'échantillon grandit et que le nombre de paramètres dans le modèle augmente. La complexité du modèle n'est pas prise en compte dans cet indice.

Le coefficient de détermination mesure la variation des variables prédites qui est expliquée par l'action de toutes les variables du modèle. C'est l'équivalent du R^2 pour le modèle complet.

Suite aux mesures d'ajustement du modèle, deux derniers tests seront effectués pour compléter la validation globale. Ces tests concernent d'abord la suppression de liaisons qui n'ajoutent rien de significatif au modèle, puis l'ajout de liaisons qui sont manquantes dans le modèle initial.

D'abord, le test de Wald sur les équations (Wald, 1943) sera utilisé pour déterminer si chaque liaison devrait être supprimée parce qu'elle n'est pas significative. Ensuite, le test multiplicateur de Lagrange (Sörbom, 1989) sera réalisé pour identifier les liaisons omises qui seraient significatives si elles étaient ajoutées au modèle. Ces deux tests seront considérés avec circonspection. Les liaisons à ajouter, par exemple, doivent également posséder un support théorique valable pour augmenter la valeur du modèle. D'ailleurs, la technique d'analyse acheminatoire étant essentiellement une méthode confirmatoire, il faut éviter de l'utiliser à des fins exploratoires et, en particulier, afin de découvrir des relations causales insoupçonnées. En effet, l'analyse acheminatoire, bien qu'elle soit orientée vers l'évaluation de relations causales, est basée sur le calcul de régressions multiples qui n'offre aucune possibilité de distinguer le sens d'une relation de cause à effet ou la présence de variables tierces influençant l'interprétation d'un modèle (Wooldridge, 2010, pp. 421-428). Le support théorique demeure donc essentiel à l'élaboration d'un modèle.

Toutes les analyses statistiques seront effectuées à l'aide du logiciel Stata, version 12.1.

Résultats

Le modèle prédictif décrit dans les sections précédentes est validé ici par les résultats du sondage effectué auprès des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Rappelons que ce modèle lie la motivation autodéterminée à trois facteurs déterminants, soit le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif. Nous présentons en premier lieu les étapes de préparation des données et les analyses descriptives initiales concernant les quatre variables retenues pour l'étude, soit la motivation autodéterminée, le leadership transformationnel, la justice organisationnelle et l'engagement affectif. Nous poursuivrons ensuite avec des analyses statistiques plus poussées visant à valider directement le modèle présenté, ce qui conduit également à valider les hypothèses de recherche.

Préparation des données

Dans cette section, nous présentons la procédure utilisée pour générer les indicateurs à partir des données brutes, ainsi que divers tests préliminaires.

Le questionnaire distribué comprenait quatre échelles de mesure utilisant des échelles de Likert non uniformes. Les inventaires des motivations et de l'engagement affectif face au changement utilisent une échelle en sept points tandis que les inventaires du style de leadership et de la perception de justice utilisent une gradation en cinq points. Les indicateurs étant obtenus en faisant la moyenne des réponses, les scores ne seront pas équivalents d'une échelle à l'autre. De plus, la mesure de la motivation autodéterminée nécessite un calcul supplémentaire qui convertit le résultat en une échelle non proportionnelle allant de -18 à 18. Afin d'éviter les erreurs d'interprétation, nous privilégierons donc l'usage de coefficients standardisés dans les tests statistiques.

Une erreur s'étant glissée dans le questionnaire à l'item 1 de l'échelle de l'engagement affectif, un recodage a dû être effectué sur ces réponses. Cet item, au contraire des autres questions de

l'échelle, a été associé à une échelle de Likert en cinq points plutôt qu'une échelle en sept points. Pour corriger cette erreur et ramener les réponses à une valeur numérique allant de 1 à 7 plutôt que 1 à 5, les réponses ont été recodées selon la formule suivante : 1 → 1; 2 → 2,5; 3 → 4; 4 → 4,5; 5 → 7. De cette manière, les réponses extrêmes et la réponse moyenne sont associées à leur équivalent dans l'échelle en sept points, tandis que les réponses intermédiaires sont associées à la valeur moyenne entre l'extrême respectif et la moyenne.

Pour chacune des sous-échelles, la valeur de la variable sous-jacente est obtenue par le calcul de la moyenne de chacun de ses items. Par la suite, la moyenne des sous-échelles est utilisée comme indicateur du concept mesuré, ce qui donne un poids égal à chacun des sous-concepts.

Suite à l'appel effectué par l'AGESS et l'APER, 867 gestionnaires ont commencé à remplir le sondage servant de base de données à cette étude. Si on considère l'ensemble des établissements ayant accepté de participer à l'étude, un total de 4466 gestionnaires ont été sollicités, ce qui constitue un taux de réponse de 19,4%. Sur les 867, seuls 522 questionnaires (60,2% des questionnaires/11,7% des personnes sollicitées) ont été complétés avec suffisamment d'informations pour pouvoir générer une valeur pour chacune des variables utilisées dans le modèle. Les questionnaires ont été rejetés si et seulement si toutes les questions de l'une ou l'autre des sous-échelles étaient restées sans réponse. Parmi les 522 questionnaires remplis avec suffisamment de détails, certaines données manquantes ont été repérées. Le Tableau 12 (Annexe E : Rapport des données manquantes), fournis les taux de non-réponse pour l'ensemble des échelles.

Ces réponses manquantes n'ont ni été retirées de l'échantillon ni remplacées par des données aléatoires pondérées. Le calcul des différents estimateurs a simplement été effectué à l'aide de la moyenne des données disponibles en omettant les items manquants, afin d'éviter d'introduire toute forme de biais dans les indicateurs.

Par la suite, des analyses préliminaires ont été effectuées afin de repérer la présence de cas extrêmes dans l'échantillon. Les tests de Grubbs (Grubbs, 1969; Stefansky, 1972) et de BACON

(Billor, Hadi, & Velleman, 2000; Weber, 2010) ont été réalisés sur les variables utilisées pour l'analyse. Aucun participant n'a été identifié comme ayant un score extrême à une des variables. L'échantillon final comprend donc les 522 personnes ayant rempli le questionnaire.

Le Tableau 2 regroupe les caractéristiques de normalité des variables obtenues. La vérification indique une faible présence d'anormalité dans les variables mesurées, c'est-à-dire que la plupart des variables présentent des valeurs absolues d'asymétrie et d'aplatissement inférieures à 1 (Lei & Lomax, 2005). Certaines variables issues des sous-échelles dépassent légèrement ce seuil et l'engagement affectif, une variable finale, dépasse marginalement ce seuil à −1,01. Cependant, ces valeurs ne sont pas assez élevées pour mettre en doute la fiabilité des données et, de plus, l'échantillon est suffisamment grand (n=522) pour contrebalancer l'effet d'une faible anormalité dans la distribution des variables (Lei & Lomax, 2005).

Tableau 2. Caractéristiques de normalité des variables

	Asymétrie	Aplatissement
Leadership transformationnel	-0,50	-0,08
Justice organisationnelle	-0,51	-0,16
Justice procédurale	-1,08	1,18
Justice distributive	-0,68	0,44
Justice interactionnelle	-0,39	-0,53
Engagement affectif	-1,01	0,78
Motivation autodéterminée	-0,53	0,31
Motivation intrinsèque	-0,46	0,06
Motivation extrinsèque	-0,06	-0,07
Amotivation	0,94	1,11

*Les zones ombragées correspondent aux variables utilisées dans le modèle. Les autres variables indiquent des sous-concepts entrant dans le calcul des variables principales.

Au niveau de la fiabilité des échelles de mesure utilisées, il est nécessaire de vérifier la cohérence interne afin d'éviter d'introduire une mesure biaisée dans le modèle. Pour ce faire, nous utilisons les coefficients alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) afin d'évaluer la fiabilité des mesures réalisées à l'aide du questionnaire. Les indices alpha sont détaillés en annexe (Annexe F : Cohérence interne des échelles de mesure). Ces indices doivent être interprétés en tenant

compte du nombre d'items (questions) servant au calcul du coefficient alpha, puisqu'un grand nombre d'items peut gonfler artificiellement la valeur de l'indice (Cortina, 1993). Les résultats montrent une cohérence interne allant d'un niveau acceptable (supérieur à 0,7) à un niveau excellent (supérieur à 0,9), ce qui confirme la fiabilité des échelles utilisées, même en considérant le nombre d'items utilisés dans chaque test.

À la suite des étapes de traitements des données, nous concluons que les 522 observations sont utilisables afin de valider le modèle prédictif de la motivation des gestionnaires du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Dans la section suivante, nous effectuons un survol des caractéristiques propres à cet échantillon avant de poursuivre vers la validation empirique des hypothèses et du modèle.

Analyses préliminaires

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Des 522 répondants de notre échantillon, 140 (27%) étaient des hommes et 382 (73%), des femmes, ce qui donne une légère surreprésentation des femmes par rapport à la population des gestionnaires de l'AGESS[2], où la proportion des femmes est d'environ 68%. Un test de chi-carré indique que cette surreprésentation est significative à $p < ,05$ ($X2 = 6,5032$). L'âge moyen des répondants est de 46,2 ans, ce qui correspond approximativement à l'âge moyen de la population étudiée (47,9 ans). Il n'y a presque aucune différence entre l'âge moyen des hommes (46,5 ans) et l'âge moyen des femmes (46,1 ans). Au niveau de la situation familiale, 413 individus (79,1%) ont déclaré avoir un conjoint versus 106 individus (20,3%) sans conjoint (3 omissions). 400 répondants ont un ou des enfants, tandis que 119 répondants ont déclaré ne pas en avoir (3 omissions).

Tableau 3. Données sociodémographiques principales

Données sociodémographiques		Nombre de répondants	Proportion de l'échantillon
Sexe	Hommes	140	26,82%
	Femmes	382	73,18%
Âge	30 ans et -	13	2,49%
	31 à 34 ans	40	7,66%
	35 à 44 ans	158	30,27%
	45 à 54 ans	243	46,55%
	55 ans et +	68	13,03%
État matrimonial	Avec conjoint et enfant(s)	333	63,79%
	Avec conjoint / sans enfant	80	15,33%
	Sans conjoint / avec enfant(s)	67	12,84%
	Sans conjoint / sans enfant	39	7,47%
	N/A	3	0,57%

[2] Nous avons pu obtenir des données sociodémographiques sur les membres de l'AGESS uniquement, bien que la population à l'étude soit constituée des membres de l'AGESS et de l'APER. L'AGESS comprend cependant la majorité de la population à l'étude. Afin de préserver l'anonymat des répondants, aucun moyen n'a été prévu pour différencier les répondants de l'AGESS et de l'APER.

Dans l'ensemble, les participants sont très scolarisés : 73,9% des répondants ont un baccalauréat ou un niveau d'études plus élevé. Ils ont en majorité un revenu annuel brut élevé : 57,3% d'entre eux ont un revenu supérieur à 80 000$ et 36,2% ont un revenu entre 60 000 et 79 999$. La majorité des répondants provient des deux grandes régions métropolitaines du Québec : 28,7% sont de la région de Montréal et 24,1% travaillent dans la Capitale-Nationale. La Montérégie représente aussi 14,4% des répondants, tandis que les autres régions du Québec se partagent les 32,8% restant, à raison de moins de 6% par région administrative.

Les informations complètes sur les données sociodémographiques récoltées dans le questionnaire sont présentées en annexe (Annexe G : Caractéristiques sociodémographiques).

Caractéristiques du profil professionnel de l'échantillon

Presque la totalité des répondants (95,8%) occupe un poste de cadre intermédiaire dans le réseau québécois de la santé. 18 gestionnaires (3,5%) ont indiqué occuper un poste de cadre supérieur et 2 (0,4%) sont hors cadres. De ce fait, ils supervisent un grand nombre d'employés; 13 personnes dans notre échantillon sont responsables de plus de 400 employés chacune. En moyenne, cependant, ils ont la responsabilité de superviser 69,3 employés, et la majorité (61,7%) en supervise moins de 50. 117 répondants (22,4%) ont déclaré devoir gérer entre 50 et 99 employés.

Tableau 4. Données professionnelles principales

	Données professionnelles	Nombre de répondants	Proportion de l'échantillon
Catégorie d'établissement	Centre hospitalier (CHSGS, CHSP, CHU)	203	38,89%
	Centre de santé et services sociaux (CSSS)	199	38,12%
	Centre de réadaptation (CRDP, CRDI-TED, CRAT)	56	10,73%
	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	30	5,75%
	Centre de jeunesse (CJ)	16	3,07%
	Autre	18	3,45%
Niveau du poste occupé	Niveau intermédiaire	500	95,79%
	Niveau supérieur	18	3,45%
	Hors cadre (DGA)	2	0,38%
	N/A	2	0,38%
Temps d'emploi dans les RSSS	Moins de 5 ans	48	9,20%
	5 à 10 ans	55	10,54%
	10 à 15 ans	88	16,86%
	15 à 20 ans	56	10,73%
	20 à 25 ans	96	18,39%
	25 à 30 ans	99	18,97%
	Plus de 30 ans	74	14,18%
	N/A	6	1,15%
	Temps moyen:	19,3	

Ces responsabilités poussent probablement les gestionnaires à consacrer plus de temps à leur emploi : les répondants ont admis consacrer en moyenne autour de 44 heures par semaine à leur travail. 20,4% y consacrent plus de 50 heures, et 7 gestionnaires (1,3%) évaluent passer en moyenne plus de 60 heures à travailler chaque semaine. Les participants sont généralement des gens avec une bonne expérience dans le réseau, cumulant en moyenne 19,3 années d'expérience dans le RSSSQ. Cependant, leur expérience dans leur fonction actuelle est plus limitée : ils sont 352 participants à avoir déclaré une expérience inférieure à 5 ans dans leur poste actuel, ce qui représente la majorité de l'échantillon (67,4%). 22,4% des répondants ont une expérience dans leur poste variant de 5 à 10 ans, ce qui donne, pour l'échantillon complet, une expérience moyenne au poste actuel à peine supérieure à 5 ans.

Les informations complètes sur les données professionnelles récoltées dans le questionnaire sont présentées dans le Tableau 17 (Annexe G : Caractéristiques sociodémographiques).

Résultats descriptifs concernant les variables mesurées

Les statistiques descriptives pour chacune des variables sont présentées dans le Tableau 5. L'ensemble des statistiques descriptives relatives aux sous-échelles est présenté en annexe dans le Tableau 18 (Annexe I : Statistiques descriptives détaillées).

Tableau 5. Statistiques descriptives des variables du modèle

	Moy	ÉT	Min	Q1	Méd	Q3	Max
Leadership transformationnel	3,72	0,67	1,65	3,35	3,80	4,20	5,00
Justice organisationnelle	3,59	0,73	1,44	3,13	3,72	4,13	5,00
Engagement affectif	5,47	1,15	1,00	4,83	5,75	6,25	7,00
Motivation autodéterminée	6,89	4,00	-9,01	4,63	7,26	9,90	15,88

D'emblée, il ressort de ce tableau que les moyennes sont généralement élevées sur leur échelle respective, avec une médiane légèrement supérieure à la moyenne pour chacune des variables, ce qui démontre que les distributions sont concentrées dans les éléments supérieurs avec quelques individus dont le score très bas fait diminuer la moyenne. En termes plus concis et amphigouriques, toutes les séries présentent une asymétrie négative mineure, laquelle est insuffisante pour dévier significativement de la normalité.

Les gestionnaires ont évalué le leadership transformationnel de leur supérieur immédiat, lui accordant en moyenne un score de 3,72 sur une échelle de 1 à 5 (en termes scolaires, environ 68%). C'est un score assez élevé, mais comparable à une étude précédente effectuée sur les cadres du réseau de la santé et des services sociaux (Leblanc, 2010), laquelle avait obtenu un score moyen de 3,77 chez un échantillon de 65 gestionnaires. Il s'agit également d'un score légèrement plus élevé que les moyennes obtenues habituellement par les mesures du

questionnaire MLQ en contexte nord-américain, comme le témoigne une métaanalyse réunissant 6232 répondants ayant obtenu un score moyen de 3,50 (Lowe, Kroeck, & Sivasubramaniam, 1996).

La perception de justice organisationnelle est un peu plus faible dans notre échantillon que le leadership transformationnel, qui partage la même échelle (1 à 5). Ce résultat est meilleur que le score obtenu dans le passé dans la fonction publique québécoise. En effet, une étude conduite en 2007 auprès des syndiqués de la fonction publique avait recensé parmi son échantillon 79 gestionnaires qui avaient attribué à la justice de leur organisation une valeur moyenne de 2,96 sur la même échelle (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007). Cette étude avait cependant été effectuée lors d'une importante réorganisation qui avait couté leur poste à plusieurs individus, ce qui n'est pas le cas dans la réforme actuelle en santé (les divers risques de pénuries professionnelles en santé empêchent une répétition de la trop vaste réduction des effectifs ayant eu lieu à la fin des années 90). Deux ans plus tard, une répétition de cette étude évaluait à 63% la proportion des employées et employés de la fonction publique qui estimaient que les changements avaient été effectués injustement (Rinfret, Ngo Manguelle, & Lortie-Lussier, 2009). Dans notre échantillon, la proportion de gens estimant les changements injustes à leur égard est de l'ordre de seulement 25,6%.

L'engagement affectif des gestionnaires est la variable la plus concentrée dans les résultats supérieurs, avec une médiane de 5,75 sur une échelle allant de 1 à 7. Cela traduit la propension des travailleuses et travailleurs de la santé à s'engager affectivement envers leur emploi. Une étude précédente réunissant 717 cadres supérieurs en santé avait caractérisé leur engagement comme étant principalement d'ordre affectif : les gestionnaires obtenaient un score moyen de 5,17 lorsque ramené sur une échelle comparable à la nôtre (Morin, Archambault, & Bellavance, 2001). Il faut cependant noter que cette dernière étude utilisait une échelle en 5 points plutôt qu'en 7 points, ce qui peut affecter les résultats. Néanmoins, l'engagement affectif des employées et employés du domaine de la santé et des services sociaux présentent toutes les caractéristiques d'un engagement fort envers leur travail.

Les résultats concernant la motivation des cadres sont présentés en détail dans la section suivante.

État de la motivation des gestionnaires du RSSS

Comme il a été mentionné précédemment, le degré d'autodétermination de la motivation est calculé à l'aide des huit sous-échelles selon la formule suivante :

$$2 * MI + RId - 0{,}5 * RIn - 0{,}5 * RE - 2 * AM$$

(où MI = Motivation intrinsèque, RId = Régulation identifiée, RIn = Régulation introjectée, RE = Régulation externe et AM = Amotivation)

Cette équation donne un résultat variant de -18 à 18, où 18 représente une motivation complètement autodéterminée, et -18 une absence totale de motivation. Les données descriptives sur les scores obtenus dans notre échantillon sont présentées dans le Tableau 6.

Tableau 6. État détaillé de la motivation des gestionnaires de l'échantillon

	Moy	ÉT	Min	Méd	Max
Motivation autodéterminée	6,89	4,00	-9,01	7,26	15,88
Motivation intrinsèque	5,01	1,01	1,42	5,08	7,00
Mot. intrins. à la connaissance	5,33	1,10	1,75	5,50	7,00
Mot. intrins. aux stimulations	4,45	1,23	1,25	4,50	7,00
Mot. intrins. à l'accomplissement	5,26	0,99	1,25	5,25	7,00
Motivation extrinsèque	4,28	0,83	1,82	4,33	6,83
Régulation identifiée	5,07	0,99	1,75	5,25	7,00
Régulation introjectée	3,90	1,26	1,00	4,00	7,00
Régulation externe	3,86	1,26	1,00	4,00	7,00
Amotivation	2,16	0,95	1,00	2,00	6,86
Amotivation externe	2,53	1,29	1,00	2,25	7,00
Amotivation interne	1,68	0,78	1,00	1,33	6,67

Comme on peut le constater, la motivation des gestionnaires est principalement autodéterminée. Les échelles de motivation intrinsèque et de la régulation identifiée ont les scores les plus élevés, avec une moyenne dépassant pour la plupart le seuil de 5,00 sur l'échelle allant de 1 à 7. Les sous-échelles de régulation introjectée et externe demeurent sous le seuil de 4,00 tandis que

l'amotivation des gestionnaires est située dans le bas de l'échelle avec des moyennes et médianes très basses; l'amotivation interne étant, par exemple, pratiquement absente de plus de la moitié de l'échantillon (la médiane est à 1,33). Cependant, on voit qu'il existe néanmoins des scores extrêmes aux deux échelles d'amotivation, ce qui exprime un lourd problème chez certains cadres. Cet état d'amotivation est toutefois marginal dans notre échantillon : seuls 3 répondants ont obtenu un score supérieur à 5,00 à l'échelle d'amotivation et 94,8% des répondants ont un score inférieur à 4,00.

Lorsqu'on regarde le continuum d'autodétermination, on constate que la plupart des participants de notre étude sont assez ou fortement motivés dans leur travail. L'histogramme suivant (Figure 3) montre où se situe chacun des répondants sur le continuum. Notez que le graphique est gradué de -10 à 16, même si les valeurs théoriques vont de -18 à 18.

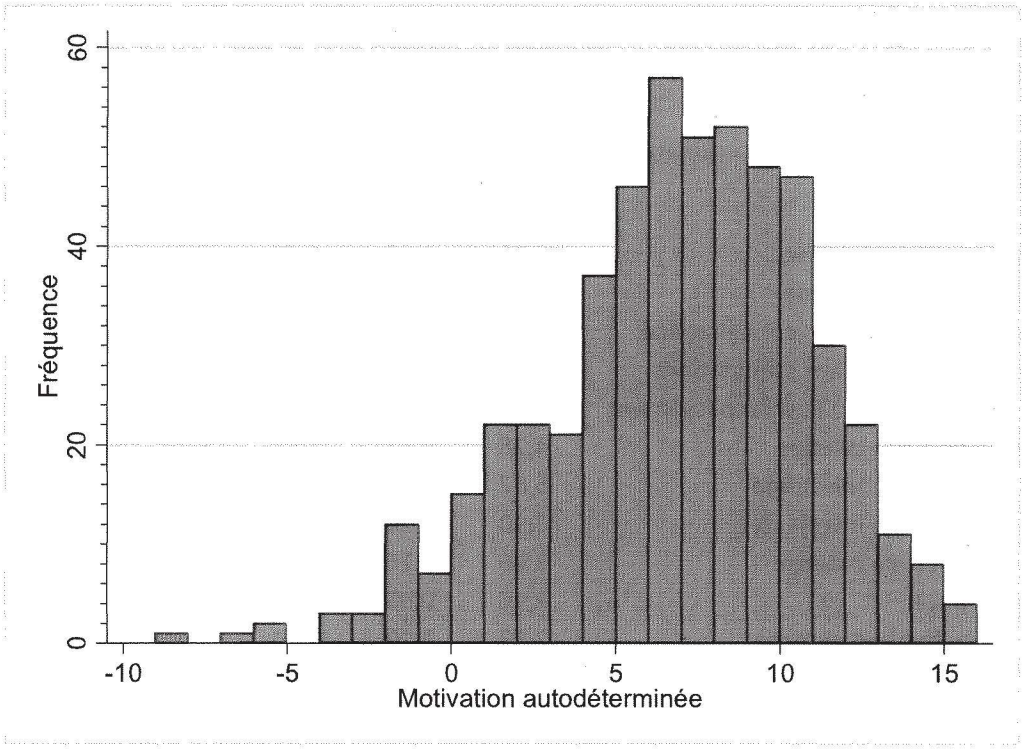


Figure 3. Motivation autodéterminée chez les gestionnaires participants

La majorité des individus, soit 337 personnes ou 64,6%, se situe entre 4,00 et 11,00 sur le continuum d'autodétermination. Cela indique que les répondants sont généralement motivés par leur travail de façon modérément autodéterminée. Bien que ce résultat soit positif, il demeure que peu d'individus se situent à l'extrême droite du graphique, dans les valeurs supérieures à 12,00, où l'on retrouve les personnes très fortement motivées par leur travail. Il y a également un pourcentage non négligeable de personnes très peu motivées : 30 personnes (5,7%) ont un score inférieur ou égal à 0. Également, 117 personnes, soit 22,4%, n'atteignent qu'un niveau de motivation modérément faible (entre 0 et 5).

Dans la section suivante, nous examinons les différences dans les variables relatives aux groupes consultés durant notre étude.

Différences selon les groupes interrogés

Il existe plusieurs façons de stratifier l'échantillon afin de faire ressortir les différences de motivation entre certains groupes. Cet exercice, détaillé dans le tableau suivant (Tableau 7) ainsi qu'en annexe (Annexe J : Analyses ANOVA), s'avèrera cependant une futile ségrégation des participants : pratiquement aucune variable ne varie significativement peu importe la division réalisée. Sur 18 tests, un seul atteint tout juste le seuil significatif de $p<,05$ (il s'agit de la perception de justice organisationnelle, pour laquelle les répondants sans enfants sont légèrement plus sévères envers leur employeur que les répondants ayant un ou des enfants). Cela-dit, sur 18 tests, la probabilité d'obtenir au moins un résultat significatif à $p<,05$ par pure chance est de 60,27%.

Tableau 7. Résumé des analyses ANOVA selon les variables

Groupe	Motivation autodéterminée		Justice organisationnelle		Engagement affectif	
	F	prob F	F	prob F	F	prob F
Sexe	0,00	0,9688	0,13	0,7152	0,44	0,5060
Âge	0,70	0,5943	1,09	0,3593	0,86	0,4857
État matrimonial	0,43	0,7333	2,77	0,0412	1,53	0,2049
Scolarité	1,75	0,1085	0,40	0,8774	1,57	0,1537
Revenu annuel brut	0,58	0,6781	0,68	0,6030	0,71	0,5882
Temps d'emploi dans les RSSS	1,28	0,2654	0,71	0,6439	1,23	0,2891

Des tests MANOVA ont également été réalisés, avec aussi peu de résultats. Notez que ces analyses n'ont pas été effectuées sur la variable LTF puisque cette partie du questionnaire demandait au répondant d'évaluer le leadership transformationnel de son supérieur immédiat et non de lui-même. Puisqu'aucune donnée sociodémographique n'a été récoltée sur le supérieur immédiat des répondants, nous sommes dans l'impossibilité d'associer cette variable avec des strates appropriées.

Dans l'ensemble, l'opinion des répondants varie donc très peu selon le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu ou l'expérience professionnelle.

Validation du modèle postulé et des hypothèses de recherche

Dans cette section, nous effectuons un rappel du modèle postulé et des hypothèses de recherche énoncées dans le chapitre 3 (Méthodologie) avant de les examiner à la lumière des résultats obtenus lors de notre enquête.

Le tableau suivant (Tableau 8) présente la matrice de corrélation des variables à l'étude. Ce tableau est utilisé pour valider les hypothèses de recherche. En annexe (Annexe K : Analyses supplémentaires sur les hypothèses de recherche; Tableau 22), nous présentons également les valeurs de covariance et de covariance standardisée de chacune des variables.

Il importe de noter ici que la grande taille de l'échantillon permet de repérer des corrélations significatives très faibles. Pour un ensemble de 522 points de données binaires, la valeur critique du coefficient de corrélation de Pearson, au seuil p<,05, est de 0,072. Cela signifie que toutes les corrélations dont la valeur absolue est supérieure à 0,072 seront significatives. Une corrélation de 0,072, qu'elle soit significative ou non, ne représente qu'un coefficient de détermination (R^2) de 0,005. L'interprétation de l'importance des corrélations devra donc être réalisée en tenant compte de ce fait.

Tableau 8. Matrice de corrélation des variables à l'étude

	Coefficient	LTF	JO	EngAf	MotAD
Leadership transformationnel	r de Pearson	1,0000			
	Sig. (bilatérale)				
Justice organisationnelle	r de Pearson	0,5390	1,0000		
	Sig. (bilatérale)	0,0000			
Engagement affectif	r de Pearson	0,2163	0,3264	1,0000	
	Sig. (bilatérale)	0,0000	0,0000		
Motivation autodéterminée	r de Pearson	0,2666	0,4219	0,2715	1,0000
	Sig. (bilatérale)	0,0000	0,0000	0,0000	

Première hypothèse

H1 : Le leadership transformationnel du supérieur immédiat influence positivement la perception de justice organisationnelle des employées et employés supervisés.

Par cette hypothèse, nous supposons une relation positive entre le leadership transformationnel du supérieur et la perception de justice organisationnelle de l'employée ou l'employé évaluant son supérieur. Conformément à l'hypothèse, l'indice de corrélation de Pearson obtient une valeur positive de ,539 (p<,0001). Nos données nous permettent donc de retenir la validité de l'hypothèse 1.

Seconde hypothèse

H2 : Le leadership transformationnel perçu du supérieur immédiat influence positivement l'engagement affectif des employées et employés supervisés.

La seconde hypothèse, tout comme la première, présume que les membres du personnel qui perçoivent le leadership de leur supérieur comme étant transformationnel auront un plus grand engagement affectif envers leur travail. Les données indiquent effectivement une relation positive entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif, avec un *r* de Pearson de ,216 (p<,0001). La seconde hypothèse est également retenue.

Troisième hypothèse

H3 : La perception de justice organisationnelle d'une employée ou d'un employé influence positivement sa motivation.

La troisième hypothèse nous amène plus au cœur de la question de la motivation des gestionnaires du Réseau. L'hypothèse rapproche les concepts de perception de justice organisationnelle avec la motivation autodéterminée des employées et employés. Selon les données obtenues, cette relation est significative et positive (*r*=,422; p<,0001). De ce fait, nous pouvons retenir la validité de l'hypothèse 3.

Quatrième hypothèse

H4 : L'engagement affectif d'une employée ou d'un employé influence positivement sa motivation.

Cette dernière hypothèse complète l'hypothèse 3 en ce qui concerne les facteurs influençant directement la motivation. Au même titre que dans les hypothèses précédentes, nous supposons ici une relation positive entre l'engagement affectif et la motivation autodéterminée. À l'instar des hypothèses précédentes, les résultats obtenus, soit un *r* de Pearson de ,272 (p<,0001), permettent de retenir la validité de l'hypothèse 4.

Cinquième hypothèse

H5 : L'influence du leadership transformationnel sur l'engagement affectif sera plus importante que l'influence de la perception de justice sur l'engagement affectif.

Cette dernière hypothèse nécessite la comparaison entre deux paires de corrélations, c'est-à-dire la corrélation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif (LTF/EngAf) et la corrélation entre la justice organisationnelle et l'engagement affectif (JO/EngAf). Selon l'hypothèse, la corrélation LTF/EngAf devrait être plus élevée que la corrélation JO/EngAf. Cependant, les résultats montrent que la corrélation LTF/EngAf est, avec un résultat de ,216, plus faible que la corrélation JO/EngAf qui est de ,326. Un test supplémentaire utilisant la transformation de Fisher confirme que la première corrélation est inférieure à la seconde avec une probabilité p<,05. L'hypothèse 5 est donc infirmée par ce test.

Toutes les hypothèses ont également été testées en stratifiant selon le genre. Les résultats complets de ces analyses sont présentés en annexe (Annexe K : Analyses supplémentaires sur les hypothèses de recherche). Tout comme les analyses par stratification précédentes, les

résultats ne sont pas significativement différents selon le genre des personnes interrogées et aucune hypothèse supplémentaire n'est invalidée par ces tests.

Hypothèse globale et validation du modèle conceptuel

Le modèle conceptuel est constitué des quatre hypothèses précédentes réunies dans un schéma simple. Ces quatre hypothèses se transforment ainsi en une chaine causale reliant, à une extrémité, le leadership transformationnel (LTF) et, à l'autre extrémité, la motivation autodéterminée (MotAD). La justice organisationnelle (JO) et l'engagement affectif (EngAf) se positionnent alors comme variables intermédiaires entre le leadership transformationnel du supérieur immédiat et la motivation autodéterminée de l'employée ou de l'employé. Le modèle conceptuel généré par le logiciel d'analyse statistique Stata est présenté ci-dessous (Figure 4).

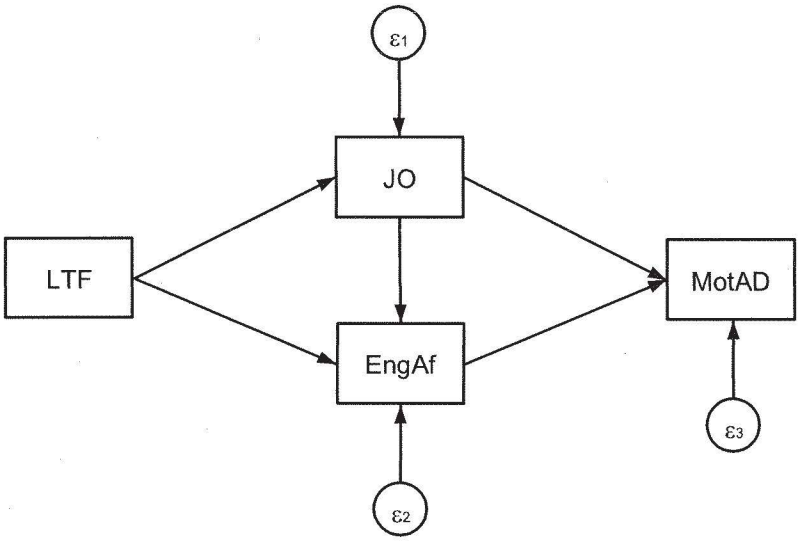


Figure 4. Modèle conceptuel pour l'analyse acheminatoire

Ce modèle est semblable à celui présenté précédemment (Figure 2. Modèle conceptuel de recherche, p.30), à l'exception des erreurs (résidus) ajoutées aux variables endogènes. Les variables endogènes sont les variables qui sont prédites dans le modèle, c.-à-d. la perception de

justice organisationnelle, l'engagement affectif et la motivation autodéterminée. L'évaluation du modèle tient ainsi compte des perturbations extérieures aux variables mesurées, qui sont représentées par la lettre epsilon (ε). Ces perturbations correspondent à l'ensemble des facteurs non considérés par le modèle; le leadership transformationnel est la seule variable à ne pas avoir ce facteur, puisque le LTF est une variable exclusivement indépendante dans cette analyse, c'est-à-dire une variable exogène.

Le modèle évalué apparait ici-bas (Figure 5). Les coefficients situés sur chacun des axes ont été standardisés afin de faciliter l'interprétation des résultats. Les coefficients standardisés sont équivalents aux coefficients bêta d'une régression multiple suivant les axes décrits par le modèle. Les détails des régressions sous-jacentes à chacune des relations du modèle sont présentés en annexe (Annexe L : Analyse statistique détaillée du modèle conceptuel). Dans le cas du lien entre le leadership transformationnel et la justice organisationnelle, le coefficient bêta correspond également au coefficient de corrélation de Pearson présenté au Tableau 8 (p.59), puisque cette régression n'inclut qu'une seule variable indépendante (c.-à-d. le LTF).

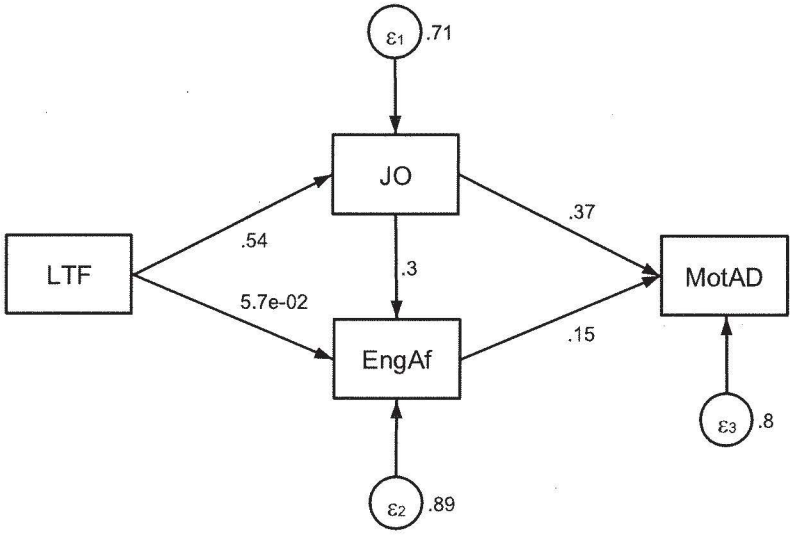


Figure 5. Modèle conceptuel avec estimations standardisées

Comme on peut le constater à la première lecture du modèle, toutes les relations sont positives, ce qui correspond aux résultats obtenus durant l'évaluation des hypothèses de recherche. De plus, on remarque que le modèle lui-même explique environ 20% de la variance de la motivation autodéterminée des répondants, puisque l'erreur appliquée à la variable finale est de 0,80. Certaines relations sont fortes, en particulier le lien entre le leadership transformationnel du supérieur immédiat et la justice organisationnelle perçue par l'employée ou l'employé, avec un coefficient bêta de 0,54. Cette perception de justice semble aussi affecter modérément à fortement l'engagement affectif (β=0,30) et la motivation autodéterminée (β=0,37) des répondants. Les liens entre l'engagement et la motivation sont cependant plus faibles, avec un coefficient de seulement 0,15, mais le lien le plus ténu se situe entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif, avec un maigre coefficient de 0,06. Cette dernière relation, lorsqu'on examine les régressions sous-jacentes au modèle (Annexe L : p.128), est la seule qui ne soit pas statistiquement différente de 0 (p=,245). L'engagement affectif semble être affecté principalement par des variables qui n'ont pas été incluses dans ce modèle, d'où son niveau d'erreur de 0,89.

L'avantage de l'analyse acheminatoire sur la régression multiple est la possibilité d'analyser de façon globale la validité du modèle. Nous utilisons pour cela cinq indices d'ajustements dont les valeurs, pour le modèle à l'étude, sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 9). Ces statistiques sont décrites en détail dans la section méthodologique. Pour une plus grande facilité d'interprétation, les critères recherchés ont été ajoutés aux côtés des indices mesurés en raison de la grande disparité de types d'indicateurs utilisés.

Tableau 9. Statistiques d'ajustement du modèle conceptuel

	Statistiques d'ajustement du modèle	Valeur	Critère recherché
Likelihood ratio	chi2_ms(1) (model vs saturated)	1,012	
	p > chi2	0,314	**> ,05**
Erreur de population	RMSEA (Root mean squared error of approximation)	0,005	**< ,05**
	IC 90%, borne inférieure	0,000	**< ,05**
	IC 90%, borne supérieure	0,116	**< ,10**
	pclose (Probabilité RMSEA <= 0,05)	0,570	**> ,05**
Comparaison avec le modèle de base	CFI (Comparative Fit Index)	1,000	**> ,95**
	TLI (Tucker-Lewis Index)	1,000	**> ,95**
Résidus	SRMR (Standardized Root Mean squared Residual)	0,009	**< ,08**
	CD (Coefficient de Détermination)	0,292	

On peut constater que presque tous les indicateurs atteignent ou dépassent le seuil recommandé pour valider le modèle. L'unique exception est l'intervalle de confiance à 90% du RMSEA dont la borne supérieure dépasse le seuil de ,10. Cette lacune est cependant mineure puisque les 3 autres indicateurs liés à l'erreur de population dépassent largement les seuils recommandés.

Un point important à noter ici est que la première mesure, soit le test de chi carré, doit être retiré des instruments d'évaluation du modèle. La raison est que ce test est considérablement affecté par la taille de l'échantillon. Pour un modèle avec plus de 400 cas (le nôtre en utilise 522), le chi carré est presque toujours statistiquement significatif (Kenny, 2012). Pour cette raison, cette mesure n'apporte rien à l'analyse de validité du modèle.

L'ensemble des mesures étant satisfaisant, le modèle résiste à cette première étape de l'analyse de validité. Les seconde et troisième étapes consistent à déterminer si le modèle présente des faiblesses particulières au niveau des liaisons présentes ou des liaisons absentes. Autrement dit, nous cherchons à déterminer si des liaisons devraient être ajoutées ou enlevées du modèle. À cette fin, les résultats du test multiplicateur de Lagrange et du test de Wald sont présentés en

annexe (Annexe L : Analyse statistique détaillée du modèle conceptuel). Aucun de ces tests ne recommande de modifications au modèle conceptuel.

À ce moment, notre modèle, dans sa forme théorisée, a résisté à toutes les analyses statistiques prévues et recommandées. Cependant, avant de conclure à la validité globale du modèle, nous voulons revenir sur la faiblesse du lien entre le leadership transformationnel du supérieur immédiat et l'engagement des employées et employés. D'abord, l'hypothèse 5 a été infirmée précédemment, ce qui démontre que la relation entre la justice et l'engagement affectif est plus forte que la relation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif. Ensuite, la relation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif est la seule à ne pas atteindre le seuil significatif dans toutes les régressions testées, ce qui laisse planer quelques doutes sur sa pertinence dans le modèle. Nous avons donc choisi d'analyser une version modifiée du modèle conceptuel dans laquelle ce lien est omis. Les résultats sont présentés ci-dessous (Figure 6).

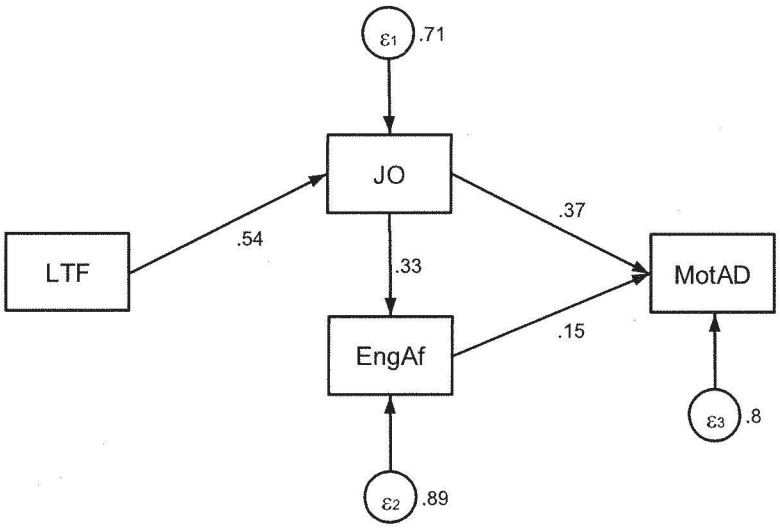


Figure 6. Second modèle évalué

Les erreurs (résidus) de chaque variable prédite ne sont pas affectées par cette modification, ce qui constitue un indice de la similitude entre les deux modèles testés. Les coefficients sont

naturellement inchangés, à l'exception des prédicateurs de l'engagement affectif. Les détails des régressions sous-jacentes sont présentés en annexe (Annexe M : Analyse statistique détaillée du modèle modifié).

Pour comparer le modèle modifié (2) avec le modèle initial (1), nous utilisons deux indicateurs comparatifs, soit l'AIC (« Akaike Information Criterion ») (Akaike, 1987) et le BIC (« Bayesian Information Criterion ») (Schwarz, 1978). Ces deux tests d'ajustements servent spécialement à comparer des modèles utilisant les mêmes variables (Raftery, 1993). Pour ces deux mesures, l'indice le plus bas est associé au meilleur modèle. Le tableau suivant (Tableau 10) présente ces deux statistiques comparatives en plus des mesures d'ajustement déjà présentées.

Tableau 10. Comparaison entre le modèle initial et le modèle modifié

	Statistiques d'ajustement du modèle	Modèle 1	Modèle 2
Likelihood ratio	chi2_ms(1) (model vs saturated)	1,012	2,357
	p > chi2	0,314	0,308
Erreur de population	RMSEA (Root mean squared error of approximation)	0,005	0,018
	IC 90%, borne inférieure	0,000	0,000
	IC 90%, borne supérieure	0,116	0,091
	pclose (Probabilité RMSEA <= 0,05)	0,570	0,665
Comparaison avec le modèle de base	CFI (Comparative Fit Index)	1,000	0,999
	TLI (Tucker-Lewis Index)	1,000	0,997
Résidus	SRMR (Standardized Root Mean squared Residual)	0,009	0,015
	CD (Coefficient de Détermination)	0,292	0,291
Critères d'information	AIC (Akaike's Information Criterion)	6439,180	6438,524
	BIC (Bayesian Information Criterion)	6486,014	6481,101

Les indices d'ajustements des deux modèles sont très similaires. Dans l'erreur de population, le modèle 1 semble obtenir un meilleur RMSEA, mais sa distribution est plus large que celle du modèle 2, d'où la meilleure performance de ce dernier sur les trois autres indicateurs de l'erreur de population. Au niveau de la comparaison avec le modèle de base, le premier modèle jouit

d'une performance parfaite sur les deux indicateurs en raison de la faible corrélation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif. En effet, le CFI et le TLI ont un biais positif envers les modèles avec des variables faiblement corrélées entre elles (Kenny, 2012). Ce biais s'applique également au modèle 2, mais l'absence de liaison dans ce dernier en diminue l'impact. Les mesures basées sur les résidus sont légèrement plus faibles dans le modèle 2 que dans le modèle 1. Cette situation est cependant normale : la parcimonie d'un modèle a toujours tendance à diminuer la variance expliquée par le modèle. Cependant, la faible variation des résidus porte à croire que l'impact de la suppression de la relation entre le leadership et l'engagement joue seulement sur le bruit autour du modèle.

Finalement, les critères de comparaison, qui constituent les facteurs les plus importants dans la comparaison des deux modèles, désignent unilatéralement le modèle 2 comme le meilleur pour l'ajustement aux données. Suite à la comparaison des deux modèles, il est donc difficile de considérer le premier comme étant le mieux ajusté aux données fournies par les répondants à l'étude. De plus, l'hypothèse 5 n'ayant pas été validée, la nécessité d'un lien entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif est amoindrie. En effet, lorsqu'on considère l'impact de la justice organisationnelle sur l'engagement, l'impact du leadership perd sa signification. L'hypothèse globale concernant le modèle de recherche est donc infirmée par cette conclusion : on ne peut considérer que le premier modèle est le plus approprié pour expliquer les facteurs affectant la motivation des employées et employés du réseau des soins de santé.

Les conséquences de cette affirmation sur les considérations théoriques de cette l'étude sont examinées dans le chapitre suivant.

Discussion

Dans ce dernier chapitre, nous proposons un retour sur les théories discutées dans ce mémoire et leur légitimité face aux évidences empiriques présentées tout au long de cette étude. Nous évaluerons également les contributions théoriques apportées par cette enquête, tout en considérant les limites de ce travail. Finalement, nous formulerons des suggestions pour des recherches futures et aborderons les retombées pratiques liées à cette étude.

Résultats de recherche

L'objectif principal de cette étude était d'énoncer et de valider empiriquement un modèle prédictif de la motivation des gestionnaires du système de santé du Québec. Ce modèle était établi afin de tenir compte des spécificités de la situation du réseau sociosanitaire québécois, en particulier la prédominance des réformes et des changements organisationnels au cours des dernières années. Le modèle établi est représenté par une chaine causale allant du leadership transformationnel du supérieur immédiat jusqu'à la motivation des employées et employés, avec à la fois la justice organisationnelle et l'engagement affectif comme variables médiatrices. Ces deux variables médiatrices représentaient les axes affectif (l'engagement affectif) et cognitif (la perception de justice organisationnelle) qui influencent la motivation dans les processus identifiés par Ilies et al. (2006).

Nos hypothèses de recherche découlaient de ce modèle conceptuel et s'intéressaient aux différentes paires de variables de ce dernier. Ainsi, nos conclusions indiquent en premier lieu un lien fort entre le leadership transformationnel et la justice organisationnelle, comme prédit par notre première hypothèse de recherche. Ce résultat est conforme à plusieurs études organisationnelles (Gefen et al., 2008; Rinfret & Ngo Manguelle, 2007; Tremblay et al., 2001; Walumbwa et al., 2008), dont certaines reliées aux situations de réformes et de changements (Gefen et al., 2008; Tyler & De Cremer, 2005) et d'autres plus spécifiquement reliées au milieu québécois de la santé (Rinfret et al., 2013).

Notre seconde hypothèse prédisait l'influence du leadership transformationnel sur l'engagement affectif des subordonnées et subordonnés. Cette hypothèse est également vérifiée par nos résultats, en conformité avec plusieurs études, déjà mentionnées auparavant (Avolio et al., 2004; Herold et al., 2008; Jernigan & Beggs, 2005; Meyer et al., 2004; Papalexandris & Galanaki, 2009) dans lesquels le leadership transformationnel contribue à augmenter l'engagement affectif des employées et employés.

Nos troisième et quatrième hypothèses concernaient les effets des variables médiatrices sur la motivation autodéterminée, c'est-à-dire l'effet positif de la justice organisationnelle (H3) et l'effet également positif de l'engagement affectif (H4). Nos résultats confirment ces deux relations dans le sens de notre hypothèse, ce qui reproduit les résultats d'études précédentes sur la justice (Colquitt & Chertkoff, 2002; Cropanzano & Folger, 1991; Rinfret et al., 2013) et sur l'engagement (Meyer et al., 2004).

Notre dernière hypothèse soutenait que la relation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif serait plus déterminante sur ce dernier concept que la relation entre la justice organisationnelle et l'engagement. Cette hypothèse était formulée en se basant sur les résultats de certaines études (Avolio et al., 2004; Herold et al., 2008; Jernigan & Beggs, 2005; Papalexandris & Galanaki, 2009). Bien que ces études n'évaluaient pas directement à la fois la justice organisationnelle et l'engagement affectif avec les mêmes indicateurs que nous avons utilisés, leurs résultats laissaient croire à un lien direct et ferme entre le leadership et l'engagement. Nos conclusions sur l'hypothèse 5 vont plutôt dans le sens d'une relation modérée par la perception de justice organisationnelle, puisque l'impact de la justice s'est avéré plus important sur l'engagement des participantes et participants que l'impact du leadership transformationnel. Nos résultats vont ainsi à l'encontre du lien direct soutenu, entre autres, par les études susmentionnées.

Notre étude comprenait également l'objectif secondaire d'évaluer l'état actuel de la motivation des gestionnaires du système de santé. À ce propos, nos résultats indiquent une motivation modérément élevée chez la majorité des gestionnaires interrogés. Il existe cependant un faible

mais inquiétant pourcentage des répondantes et répondants qui se retrouvent au bas de l'échelle de la motivation, avec une motivation modérément faible (22,4%) ou une absence de motivation (5,7%). Dans la dernière étude d'envergure effectuée sur les cadres du réseau des soins de santé du Québec, avant la dernière réforme, Morin et al. (2001) avaient obtenu des résultats encore plus négatifs. Dans les résultats de cette étude, 14,8% des cadres se déclaraient très ou extrêmement insatisfaits de leur vie professionnelle (au total, 30,8% étaient insatisfaits). Bien qu'il soit possible que notre méthodologie ait induit un biais sous-estimant la réalité du milieu organisationnel étudié, il demeure qu'on remarque ici une amélioration de la situation par rapport à la décennie précédente, et ce, malgré l'arrivée et l'implantation de la réforme. Dans leur rapport, Morin et al. (2001, p.23) dénotent :

> *Parmi les facteurs d'insatisfaction, force est de constater que les principaux facteurs concernent la rationalité du travail des cadres, la valeur personnelle qu'ils retirent de leur travail, et la rectitude des pratiques sociales et organisationnelles.*

Le dernier facteur, la rectitude des pratiques organisationnelles, s'apparente fortement à la notion de justice organisationnelle étudiée ici. Bien que Morin et al. n'aient pas évalué celle-ci directement, il est intéressant de constater que les cadres qui identifiaient cet aspect comme une lacune en 2001 sont aujourd'hui majoritairement satisfaits de la justice dans leur organisation, avec un score moyen de 3,59 sur une échelle allant de 1,00 à 5,00. Notre étude confirme également, avec l'hypothèse 3, l'importance du lien entre la justice et la motivation chez le personnel. Notons aussi que l'étude de Morin et al., au même titre que la nôtre, prend note du fait que l'engagement élevé de la majorité des gestionnaires contrebalance le désengagement d'une minorité d'insatisfaits.

Nos résultats indiquent également que la motivation des gestionnaires est étonnamment uniforme, peu importe les facteurs sociodémographiques. La motivation des hommes et des femmes est, par exemple, pratiquement identique au niveau de la moyenne et de l'écart-type. De plus, aucune différence significative selon l'âge, le niveau de scolarité, l'expérience dans le secteur de la santé, la situation matrimoniale et familiale ou le revenu annuel n'a été observée sur la motivation des participants. Cet état de fait est en soi remarquable et pourrait être un indice

de la préséance de l'environnement organisationnel sur le niveau de motivation des employées et employés du réseau sociosanitaire, ou encore de la présence d'une culture très forte et très assimilée. En effet, les variables étudiées, comme le leadership et la perception de justice organisationnelle, ont un effet beaucoup plus prononcé et significatif sur la motivation que toute autre variable de contrôle. Ainsi, pour les gestionnaires du réseau de santé, on retrouve une certaine prédominance de deux types de motivations intrinsèques, soit celle liée à la connaissance et celle liée à l'accomplissement. Ces deux aspects motivationnels sont une association logique avec un emploi où le travail consiste à fournir un service qui ultimement aide à sauver des vies ou à améliorer la qualité de vie des patients. Malgré les fréquentes réformes organisationnelles, le RSSSQ demeure un environnement où la motivation est fortement influencée par l'importance publique du travail, un genre de motivation paradoxale, c'est-à-dire une motivation persistante, malgré la charge de travail élevée ou les conditions d'emploi parfois difficiles (Linhart & Linhart, 1985). C'est un phénomène qui a déjà été observé à maintes reprises dans le réseau, entre autres par les commissions d'enquête qui s'y sont attardées (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988; Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être, 2000).

Cette situation n'est pas nécessairement unique dans la fonction publique. La littérature scientifique des dernières années s'intéresse de plus en plus au concept de la motivation du secteur public, un champ de recherche qui se centre sur les motivations des personnes qui choisissent de faire carrière dans le domaine public versus celles qui préfèrent le domaine privé (Buelens & Van den Broeck, 2007; Moynihan & Pandey, 2007; Perry & Hondeghem, 2008). Une extension de notre étude pourrait examiner les similitudes entre le domaine de la santé québécois et d'autres champs du secteur public.

Contributions théoriques

Le modèle prédictif que cette étude a élaboré et testé se base sur les ouvrages théoriques de Ilies et al. (2006) et de Tremblay & Simard (2005) pour identifier deux construits, l'un cognitif et l'autre affectif, qui lient le leadership transformationnel du supérieur immédiat à la motivation des subordonnées et subordonnés. Le sentiment de justice organisationnelle sert de construit cognitif tandis que l'engagement affectif incarne le construit affectif de ce modèle. La justesse des premières hypothèses énoncées confirme les résultats de plusieurs études sur ces concepts en milieu organisationnel. Cependant, l'une des hypothèses a été réfutée par les résultats de l'étude empirique, affaiblissant la valeur du modèle proposé. En effet, les analyses statistiques ont déterminé que la relation entre le leadership transformationnel et l'engagement affectif ne représente pas un lien important dans le modèle énoncé. Ce résultat va à l'encontre de notre hypothèse de départ selon laquelle le leader transformationnel influence la motivation de son personnel par l'intermédiaire de deux axes, l'un affectif et l'autre cognitif (Ilies et al., 2006), puisque l'axe affectif s'en retrouve brisé. Dans la solution finale du modèle, la perception de justice organisationnelle semble être la clé de la motivation, influençant directement et indirectement (par l'engagement) cette dernière. L'axe cognitif théorisé s'affirme donc comme étant dominant sur l'axe affectif dans le modèle final.

Peut-on pour autant éliminer l'impact affectif du leadership transformationnel sur la motivation? Cela parait, de prime abord, un non-sens : le leadership transformationnel est conceptualisé en partie comme un style où le leader implique émotionnellement ses subordonnées et subordonnés dans l'accomplissement de la tâche et les unit dans une vision entrepreneuriale commune (Ilies et al., 2006; Jung & Avolio, 2000). C'est d'ailleurs pour cette raison que plusieurs recherches ont étudié le lien entre l'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel (Barling, Slater, & Kelloway, 2000; Rinfret, Lagacé, & Laplante, 2013). Ainsi, il serait prématuré de considérer l'axe affectif comme inexistant. Le modèle final, après correction, démontre d'ailleurs une composante affective agissant sur la motivation; le problème est simplement que cette composante n'est qu'indirectement liée au leadership transformationnel à travers la perception de justice. Une

possibilité est que l'erreur, pour notre étude, se situe dans le choix de l'indicateur affectif. L'engagement pourrait ne pas être une mesure représentant efficacement le lien affectif découlant directement du leader transformationnel vers l'employé motivé (Ilies et al., 2006). Une explication de cette inadéquation serait que l'engagement est mesuré principalement envers le processus de changement organisationnel et non envers le supérieur immédiat ou envers d'autres conditions liées à l'emploi. Une personne peut ainsi se sentir engagée envers sa carrière professionnelle ou envers l'organisation pour laquelle elle travaille sans pour autant éprouver un sentiment d'attachement envers son supérieur actuel. L'usage d'un indicateur différent, mesurant par exemple l'engagement envers le supérieur, pourrait amener un meilleur éclairage sur la relation affective liant le leadership transformationnel du supérieur immédiat et la motivation autodéterminée.

Les apports théoriques de cette recherche ne se limitent pas qu'à l'identification de l'importance de l'axe cognitif sur l'axe affectif. En effet, il importe de noter l'impact considérable du sentiment de justice organisationnelle sur la motivation des individus. Ce résultat confirme, par ailleurs, de nombreuses recherches sur les changements organisationnels (Bordia, Hobman, Jones, Gallois, & Callan, 2004; Daly & Geyer, 1994; Rinfret & Ngo Manguelle, 2007), dont certaines spécifiquement sur le domaine de la santé au Québec (Rinfret, Lagacé, & Laplante, 2013; Tremblay, Senécal, & Rinfret, 2001). Il semble que l'absence de justice soit perçue comme une brèche du contrat social entre le personnel et l'organisation, ce qui cause des réactions négatives chez les employées et employés comme un engagement défaillant, une motivation amoindrie, des lacunes dans la performance, de la frustration et une plus grande intention de quitter leur travail (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007; Tremblay, Senécal, & Rinfret, 2001). La justice organisationnelle est également un élément sur lequel les gestionnaires ont un contrôle partiel, comme en témoigne l'impact positif des comportements transformationnels sur la perception de justice des subordonnées et subordonnés. Des recherches futures devraient être réalisées afin de déterminer dans quelle mesure le supérieur immédiat peut influencer la perception de justice de ses subordonnées et subordonnés et quels sont les comportements et attitudes à privilégier et à éviter dans la gestion du changement afin d'assurer un maximum de justice tout au long du

processus. Néanmoins, maintenir un climat de justice et d'équité lors de rationalisations ou d'autres réorganisations importantes semble être un point important sur lequel les gestionnaires devraient insister systématiquement.

Malgré les résultats mitigés, cette étude apporte une première analyse empirique du lien entre le leadership et la motivation chez les gestionnaires du système de santé québécois. À la suite de cette recherche, nous pouvons réaffirmer les conclusions d'études antérieures (Houlfort & Rinfret, 2010; Pillai & Williams, 2004; Podsakoff, MacKenzie, Paine, & Bachrach, 2000; Rinfret, Lagacé, & Laplante, 2013; Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme, & Doucet, 2005) sur les conséquences positives du leadership transformationnel en organisation et ajouter que la justice organisationnelle constitue un élément clé, découlant partiellement du leadership transformationnel, dans l'influence positive exercée sur la motivation autodéterminée des employées et employés. Bien que ce ne soit pas la première fois qu'un lien soit identifié et validé entre le leadership, la justice et la motivation (Rinfret, Lagacé, & Laplante, 2013), notre étude insiste sur l'importance conjointe de la justice organisationnelle et du leadership transformationnel sur la motivation autodéterminée des employées et employés.

À quel point l'impact des changements organisationnels influence-t-il le modèle? Rappelons que le milieu choisi pour l'étude est un milieu en perpétuel changement, où de vastes réformes ont été réalisées au cours des dernières années (Turgeon et al., 2003). De plus, dans son plan d'action (MSSS, 2010), le ministère démontre sa volonté de poursuivre la réorganisation du travail en insistant sur l'amélioration constante de l'organisation et mise sur les ressources humaines comme levier pour parfaire ce processus. Les changements organisationnels forment une particularité hors de tout doute cruciale dans les résultats obtenus; de nombreuses études soulignent, entre autres, l'importance de la justice organisationnelle lors de réorganisations structurelles et autres changements touchant le personnel (Rinfret & Ngo Manguelle, 2007; Rinfret et al., 2009; Tyler & De Cremer, 2005). Dans ce contexte, les résultats de cette étude offrent de nombreuses pistes pour faciliter les transitions structurelles vis-à-vis du personnel touché, une considération pratique sur laquelle nous reviendrons.

Au niveau de l'applicabilité des résultats dans un contexte différent, il est possible que l'impact de la justice soit moindre en situation de stabilité durable. Cependant, il est également facile de considérer la justice comme un déterminant incontournable dans la satisfaction des employées et employés envers l'organisation et dans leur motivation autodéterminée (Bordia, Restubog, & Tang, 2008). De nouvelles études seraient nécessaires pour clarifier ce point.

En somme, la principale contribution à l'avancement des connaissances de ce travail réside dans ce début de démystification du lien entre le leadership transformationnel et la motivation. Bien que la solution finale du modèle ait rejeté le lien affectif, la théorie sous-jacente (Ilies et al., 2006) mérite une poursuite des tentatives de validation avant de l'écarter définitivement. En effet, une analyse utilisant une conception différente de la voie affective entre le leadership et la motivation pourrait parvenir à de meilleurs résultats. De plus, nos résultats tendent à valider que le lien cognitif entre le leadership et la motivation soit présent et fort (Tyler & De Cremer, 2005). L'impact de la justice organisationnelle comme déterminant de la motivation est donc soutenu par nos résultats et la robustesse de ce lien en fait un facteur crucial dans la motivation individuelle au travail. Des pistes pour des recherches sont présentées dans la section suivante.

Limites et ouvertures de la recherche

En dépit des résultats généralement positifs de l'étude, il faut en considérer les limites avant d'être tenté d'en généraliser les résultats. D'abord, comme il a été mentionné dès le départ, l'échantillon a été récolté sur une base volontaire, ce qui en fait une méthode non probabiliste de sélection. De plus, le biais introduit par le volontarisme des participants est difficile à cerner : y a-t-il eu plus de gestionnaires satisfaits et motivés qui ont eu le désir de participer ou, au contraire, est-ce que les gestionnaires désillusionnés et ulcérés envers le RSSSQ ont utilisé ce forum pour exprimer leur mécontentement? Dans l'ensemble, cette limite est cependant compensée partiellement par la taille de l'échantillon de 522 personnes.

Un autre biais d'échantillonnage a également été inclus involontairement dans notre étude. En effet, puisque les participants ont été sollicités par l'intermédiaire de leur courriel professionnel, tous les cadres en arrêt de travail au moment de l'étude n'ont pas eu accès au questionnaire. Tout porte à croire que, si ces gestionnaires avaient participé à l'étude, certains résultats auraient été différents, selon les causes de leur absence. Par exemple, si une bonne proportion des employées et employés en arrêt de travail temporaire au moment de l'étude souffraient de dépression ou de burnout, il est probable que leur omission ait haussé le niveau de motivation de l'échantillon par rapport à celui de la population à l'étude. En l'absence de données concrètes sur le nombre et la cause des congés temporaires, nous sommes dans l'impossibilité d'établir la magnitude ou le sens de la mésestimation qui aurait pu se glisser dans nos résultats. Les données les plus récentes de Statistiques Canada (2012) sur le secteur de la santé estiment à 14,0 jours par an la moyenne de congé pour raisons médicales, ce qui nous permet de calculer un taux minimum d'absentéisme de 5,9% à un moment ou un autre de l'année. Cependant, cette donnée est insuffisante pour évaluer l'impact global sur notre étude.

Une autre limite de cette étude est la dualité entre la confirmation du modèle initial et l'ajustement supérieur du modèle alternatif. Bien que nos conclusions rejettent le modèle conceptualisé au départ puisqu'un second modèle est plus approprié en regard des informations empiriques récoltées, le modèle initial n'a pas été rejeté en raison d'un mauvais ajustement. En fait, le modèle initial est parfaitement valide; cependant, par le principe du rasoir d'Occam, on privilégie la solution (c'est-à-dire le modèle) la plus simple offrant la même qualité d'interprétation des données. Sur ce point, des études subséquentes devraient être menées afin de rechercher la nature du lien affectif entre le leader transformationnel et ses subordonnées et subordonnés. Comme théorisé dans notre étude, il est probable que ce lien affectif soit un déterminant important de la motivation de ces derniers. Une autre possibilité est que le lien cognitif masque le lien affectif dans un contexte de changement; en effet, plusieurs études indiquent que la justice organisationnelle représente un facteur primordial dans la motivation du personnel en période de changements structurels (Bies & Tripp, 2001; Bordia et al., 2008; Rinfret & Ngo Manguelle, 2007; Tremblay et al., 2001).

Dans ce même ordre d'idée, il serait intéressant de comparer l'importance de la justice organisationnelle dans une organisation en cours de réforme par rapport à une autre ayant une structure stable. Une autre étude pourrait ainsi déterminer l'effet de l'instabilité organisationnelle sur la relation entre le leadership, la perception de justice, l'engagement et la motivation des employées et employés, voire déterminer l'importance relative des changements organisationnels sur la prépondérance des liens cognitif et affectif dans cette relation.

Des pistes supplémentaires ont aussi été identifiées afin d'exploiter les résultats obtenus dans cette étude. Par exemple, la réplication de cette étude, ou d'une version améliorée de celle-ci, sur un plus large éventail professionnel amènerait une comparaison intéressante qui pourrait servir de base à la généralisation du modèle théorique, puisque, pour l'instant, seules des composantes du modèle ont été évaluées dans d'autres milieux (Bono & Judge, 2003; Fisher, 2006; Gefen, Ragowsky, & Ridings, 2008; Jernigan & Beggs, 2005; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002; Panaccio & Vandenberghe, 2009; Papalexandris & Galanaki, 2009; Tremblay, Chênevert, Simard, Lapalme, & Doucet, 2005; Tremblay, Senécal, & Rinfret, 2001). La généralisation des résultats obtenus pourrait aider à démystifier la relation entre le leadership transformationnel et la motivation (Ilies, Judge, & Wagner, 2006). Il faut cependant prendre garde à la différence qui peut exister entre la motivation des employées et employés du secteur public et la motivation des travailleuses et travailleurs du secteur privé (Buelens & Van den Broeck, 2007).

Également, il existe des modèles plus vastes et exhaustifs pour expliquer les déterminants motivationnels au travail, par exemple celui de Tremblay & Simard (2005). Leur modèle reprend des éléments au niveau de l'organisation et des individus afin d'établir les facteurs conduisant à la performance organisationnelle. Suivant cet exemple, notre étude pourrait être reproduite dans un cadre plus large pour évaluer l'effet du leadership et de la motivation sur la performance individuelle et organisationnelle permettant d'intégrer ce modèle à un cadre théorique plus étendu.

Retombées pratiques de la recherche

En situation de changements majeurs dans une organisation, l'incertitude vis-à-vis l'avenir a une incidence négative sur le stress du personnel (Bordia et al., 2004). Dans le cas des fusions hospitalières, Rousseau et Cazale (2007) ont également observé des résultats variables d'un établissement à l'autre et des effets négatifs sur les employées et employés. En 2001, Morin et al. établissent à 48,6% la proportion des cadres présentant des symptômes d'anxiétés d'intensité moyenne à sévère. Ces faits marquent l'importance de conduire les réformes en prenant en considération l'impact qu'elles ont sur le personnel des établissements touchés, sur leur motivation et leur bienêtre collectif. En 2001, dans une étude sur les « rescapés » des rationalisations gouvernementales, Tremblay et al. soulignent que les conséquences négatives des diminutions d'effectifs peuvent être mitigées par l'utilisation d'un leadership transformationnel et par la présence d'un sentiment de justice dans les organisations affectées. Certains auteurs considèrent d'ailleurs les comportements transformationnels comme faisant partie des meilleurs outils de l'organisation pour agir sur la motivation de leurs membres (Pillai & Williams, 2004; Podsakoff et al., 2000). Plus récemment, en 2013, Rinfret et al. identifient également le leadership transformationnel et la justice organisationnelle comme déterminant de la motivation et de plusieurs autres comportements positifs chez le personnel du RSSSQ. Toutes ces études, au même titre que la présente, suggèrent qu'il est possible d'améliorer la motivation des employées et employés en déployant des mesures encourageant les gestionnaires à utiliser un style de leadership transformationnel et à améliorer la perception de justice dans leurs organisations. Ces informations pourraient servir à la mise en place de programme de formation en gestion du changement pour les gestionnaires du réseau des soins de santé du Québec.

Le développement des compétences des gestionnaires et l'actualisation professionnelle de ces derniers représentent des atouts pour mener à bien et consolider les acquis de la réforme (Rinfret et al., 2013). Plusieurs études reconnaissent déjà les liens entre le leadership transformationnel et plusieurs comportements organisationnels positifs (Arnold et al., 2007; Bono & Judge, 2003; Medley & Larochelle, 1995; Morin & Dussault, 1999). De plus, la conclusion de notre étude

reconnait l'impact critique du style de leadership sur la motivation du personnel de même que la valeur de la justice organisationnelle comme variable médiatrice de cette relation. Encourager les cadres à utiliser un style transformationnel et à promouvoir un espace de travail juste et équitable représente alors un élément essentiel de la saine gestion du changement dans l'environnement progressif du réseau de la santé du Québec.

Comme nous avons noté précédemment, le changement imposé aux cadres a parfois permis un enrichissement des tâches dans plusieurs postes (Gibeau & Langley, 2008). Il s'agit d'un exemple de cas où la réalisation de changements organisationnels sert d'occasion pour améliorer la qualité d'emploi des membres de l'organisation. On remarque également une amélioration de l'engagement des employées et employés entre l'évaluation réalisée par Morin et al. en 2001 et celle réalisée au cours de notre étude : en 2001, l'engagement affectif mesuré était en moyenne de 5,17 tandis qu'il est passé à 5,47 dans notre étude. Bien que les réformes soient des évènements difficiles, cela démontre qu'il est possible d'en retirer des effets positifs à l'aide d'une gestion du changement efficace et centrée sur les individus, ce qui est possible en utilisant des outils comme le leadership transformationnel et la justice organisationnelle.

Aussi, malgré le contexte spécifique de notre recherche, il est raisonnable de considérer que les résultats sur le domaine de la motivation ne se limitent pas aux organisations réalisant des changements importants (Bjorklund, 2001; Blais et al., 1993; Gagné & Deci, 2005). Dans cet ordre d'idée, former les gestionnaires à utiliser des comportements transformationnels et à s'engager dans l'établissement d'un climat de justice organisationnelle constitue une stratégie gagnante pour le développement de la motivation du personnel dans toute organisation (Beugré, 1998; Bjorklund, 2001).

En résumé, notre recherche introduit de nouvelles perspectives sur la gestion de la motivation des employées et employés en redéfinissant le contexte favorable à l'enrichissement de la motivation du personnel. Dans les organisations à capital humain, à une époque où les changements technologiques et organisationnels sont fréquents et rapides et les ressources financières plus rares, il existe de nombreuses opportunités d'améliorer la motivation

autodéterminée des travailleuses et travailleurs en exploitant les bienfaits de la formation en leadership et en gestion du changement.

Conclusion

Depuis sa création, le système de santé publique québécois a fait l'objet de plusieurs passions, réformes et controverses. Les gestionnaires d'établissements et le personnel d'encadrement ont à subir des pressions provenant de tous les côtés afin de supporter le personnel médical dans leur mission sociale. Alors que prennent forme les dernières révisions du réseau de la Santé et des Services sociaux, nous cherchons encore les outils les plus efficaces pour favoriser la motivation de tous les acteurs du système. Afin d'apporter une brique supplémentaire à l'édifice des connaissances en gestion du changement dans le domaine public, notre étude a défini et testé un modèle des déterminants de la motivation des gestionnaires du RSSSQ, dans lequel le leadership transformationnel exerce son influence par l'intermédiaire d'un axe cognitif, représenté par la justice organisationnelle, et d'un axe affectif, représenté par l'engagement affectif.

Nos résultats permettent de conclure à l'influence positive du leadership transformationnel sur la motivation autodéterminée des employées et employés, une relation dans laquelle la justice organisationnelle et l'engagement affectif font office d'intermédiaires, le premier directement et le second, indirectement. Ces résultats soulignent l'importance du lien cognitif entre le leadership transformationnel et la motivation autodéterminée. Les résultats ne permettent pas de conclure au lien médiateur de l'engagement affectif entre le leadership et la motivation, malgré les résultats corrélationnels positifs entre ces trois variables. Une meilleure identification de la nature de ce lien affectif est suggérée comme piste de recherche potentielle afin d'améliorer la validité empirique du modèle théorique.

En conclusion, cette étude fait partie d'une longue série de travaux soulignant l'importance des valeurs et comportements positifs de la part des gestionnaires afin d'augmenter la satisfaction et la motivation de leurs employées et employés. Il nous apparait important, pour terminer, d'insister sur la grande portée de la justice organisationnelle sur la motivation de l'ensemble du personnel, en particulier dans les réformes organisationnelles et autres situations difficiles où l'incertitude est à son plus haut niveau.

Bibliographie

Adams, J. S. (1963). Towards an understanding of inequity. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*(5), 422-436.

Adams, J. S. (1965). Inequality in social exchange. *Advances in experimental social psychology, 2*, 267-299.

Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika, 52*(3), 317-332. Retrieved from http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02294359

Arnold, K. A., Turner, N., Barling, J., Kelloway, E. K., & McKee, M. C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*(3), 193-203.

Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72*(4), 441-462. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1348/096317999166789

Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004). Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behavior, 25*(8), 951-968. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1002/job.283

Baard, P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Weil-Being in Two Work Settings. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(10), 2045-2068.

Barling, J., Slater, F., & Kelloway, E. K. (2000). Transformational leadership and emotional intelligence: an exploratory study. *Leadership and Organizational Development Journal, 21*(3), 157-161. Retrieved from http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1410571&show=abstract

Bar-On, R. (2002). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical Manual.* Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Baron, R. A. (1991). Motivation in work settings: Reflections on the core of organizational research. *Motivation and Emotion, 15*(1), 1-8.

Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations.* New York: Free Press.

Bass, B. M. (1997). Does the Transactional–Transformational Leadership Paradigm Transcend Organizational and National Boundaries? *American Psychologist, 52*(2), 130-139.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership: A response to critiques. In M. M. Chemers, & R. Ayman, *Leadership theory and research: Perspectives and directions* (pp. 49-80). San Diego, CA: Academic Press.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1995). Multifactor Leadership Questionnaire for Research. Palo Alto, CA: Mind Garden.

Becker, T. E., Billings, R. S., Eveleth, D. M., & Gilbert, N. W. (1996). Foci and bases of commitment: Implications for performance. *Academy of Management Journal, 39*(3), 464-482.

Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. In S. S. Mick, & M. E. Wyttenbach, *Advances in Health Care Organization Theory* (pp. 253-288). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bélanger, P.-R. (1991). La gestion des ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux : une impasse. *Nouvelles pratiques sociales, 4*(1), 133-140. Retrieved from http://www.erudit.org/revue/nps/1991/v4/n1/301122ar.pdf

Bélanger, Y., Comeau, R., & Métivier, C. (2000). La révolution tranquille: 40 ans plus tard : un bilan. Montréal: VLB éditeur.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*(2), 238-246.

Bergeron, P., & Gagnon, F. (2003). La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger, *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux* (pp. 7-34). Québec: Presses de l'Université Laval.

Beugré, C. D. (1998). *Managing fairness in organizations.* London: Quorum Books.

Bies, R. J., & Moag, J. F. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In R. J. Lewicki, B. H. Sheppard, & M. H. Bazerman, *Research on negotiations in organizations* (pp. 43–55). Greenwich, CT: JAI Press.

Bies, R., & Tripp, T. (2001). A passion for justice: the rationality and morality of revenge. In R. Cropanzano, *Justice in the workplace: From Theory to Practice* (pp. 197-209). Mahwah, NJ: LEA Publishers.

Billor, N., Hadi, A. S., & Velleman, P. F. (2000, Septembre 28). BACON: blocked adaptive computationally efficient outlier nominators. *Computational Statistics & Data Analysis, 34*(3), 279-298. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WiWnJMWGFoM3NjQ2s/edit

Bjorklund, C. (2001). *Work motivation : studies of its determinants and outcomes.* Stockholm School of Economics, Centre for Media and Economic Psychology, Stockholm School of Economics, Centre for Media and Economic Psychology (P). Economic Research Institute, Stockholm School of Economics (Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögsk.) (EFI).

Blais, M. R., Brière, N. M., Lachance, L., Riddle, A. S., & Vallerand, R. J. (1993). L'inventaire des motivations au travail de Blais. *Revue Québécoise de Psychologie, 14*(3), 185-215.

Blais, M. R., Lachance, L., Forget, J., Richer, S., & Dulude, D. M. (1991, novembre). L'échelle de satisfaction globale au travail. *Affiche présentée au 14e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie*. Trois-Rivières, QC.

Bono, J. E., & Judge, T. A. (2003). Self-Concordance at Work: Toward Understanding the Motivational Effects of Transformational Leaders. *Academy of Management Journal, 46*(5), 554-571.

Bordia, P., Hobman, E., Jones, E., Gallois, C., & Callan, V. J. (2004). Uncertainty During Organizational Change: Types, Consequences, and Management Strategies. *Journal of Business and Psychology, 18*(4), 507-532. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBU.0000028449.99127.f7

Bordia, P., Restubog, S. L., & Tang, R. L. (2008). When employees strike back: Investigating mediating mechanisms between psychological contract breach and workplace deviance. *Journal of Applied Psychology, 93*(5), 1104-1117.

Breton, M., Lévesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J. L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins, 39*(2), 113-124. Retrieved from http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Sante_publique_et_soins_au_Quebec_01.pdf

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. Long, *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.

Buelens, M., & Van den Broeck, H. (2007). An Analysis of Differences in Work Motivation between Public and Private Sector Organizations. *Public Administration Review, 67*(1), 65-74. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00697.x

Burns, J. M. (1978). *Leadership.* New York: Harper and Row.

Bycio, P., Kackett, R. D., & Allen, J. S. (1995). Further Assessments of Bass's (1985) Conceptualization of Transactional and Transformational Leadership. *Journal of Applied Psychology, 80*(4), 468-478.

Chen, C.-A., & Bozeman, B. (2012). Understanding Public and Nonprofit Managers' Motivation Through the Lens of Self-Determination Theory. *Public Management Review*, 1-24. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2012.698853

Coch, L., & French, J. R. (1948). Overcoming resistance to change. *Human Relations, 1*, 512-532. Retrieved from http://psycnet.apa.org/psycinfo/1949-02436-001

Cohen, A. (2003). *Multiple commitments in the workplace: An integrative approach.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen-Charash, Y., & Spector, P. E. (2001). The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 86*(2), 278-321.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2010). *Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médical au Québec.* Édition 2010, Montréal. Retrieved from http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/media/Files/Aldo/aldo%20octobre%202010%20fr%20DEF.ashx?101125

Colquitt, J. A., & Chertkoff, J. M. (2002, Octobre 01). Explaining Injustice: The Interactive Effect of Explanation and Outcome on Fairness Perceptions and Task Motivation. *Journal of Management, 28*(5), 591-610. Retrieved from http://jom.sagepub.com/content/28/5/591.abstract

Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O., & Ng, K. Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 425-445.

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1967-1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social.* Québec: Éditeur officiel du Québec.

Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations.* Commission d'enquête sur les services de santé et de bien-être. Québec: Gouvernement du Québec. Retrieved from http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.* Québec: Publications du Québec.

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297-334.

Cropanzano, R., & Folger, R. G. (1991). Procedural justice and worker motivation. In R. M. Steers, & L. W. Porter, *Motivation and work behavior* (pp. 131–143). New York: McGraw–Hill.

Cropanzano, R., Rupp, D. E., Mohler, C. J., & Schminke, M. (2001). Three roads to organizational justice. In G. R. Ferris, *Research in personnel and human resources management, Vol 20* (pp. 1-123). US: Elsevier Science/JAI Press.

Dalal, R. S., & Hulin, C. L. (2008). Motivation for what: A multivariate, dynamic perspective of the criterion. In R. Kanfer, G. Chen, & R. D. Pritchard, *Motivation: Past, present, and future* (pp. 63-100). New York: Taylor Francis.

Daly, J. P., & Geyer, P. D. (1994). The role of fairness in implementing large-scale change: Employee evaluations of process and outcome in seven facility relocations. *Journal of Organizational Behavior, 15*(7), 623-638. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1002/job.4030150706

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: self-determination in personality. *Journal of Research in Personality, 19*, 109–134.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227–268.

Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being in the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self-Determination. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(8), 930-942.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.

Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health, 1*(1), 1. Retrieved from http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf

Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. J., & Shamir, B. (2002). Impact of transformational leadership on follower development and performance: A field experiment. *Academy of Management Journal, 45*(4), 735-744.

Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy.* New York: Cambridge University Press.

Facal, J. (2006). Volonté politique et pouvoir médical : naissance de l'assurance-maladie au Québec et aux États-Unis. Montréal: Boréal.

Fisher, E. A. (2006). *The relationship between transformational leadership and organizational change: An exploratory study of grassroots social service agencies.* Baltimore: University of Maryland.

Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior, 26*(4), 331-362.

Gagné, M., Boies, K., Koestner, R., & Martens, M. (2004). How work motivation is related to organizational commitment: a series of organizational studies. Manuscript, Concordia University.

Gagné, M., Forest, J., Gilbert, M.-H., Aubé, C., Morin, E., & Malorni, A. (2010). The Motivation at Work Scale: Validation Evidence in Two Languages. *Educational and Psychological Measurement, 70*(4), 628-646. Retrieved from http://epm.sagepub.com/content/70/4/628.abstract

Gaumer, B., & Fleury, M.-J. (2007). La gouvernance du système sociosanitaire au Québec : un parcours historique. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation* (pp. 3-21). Montréal: Gaëtan Morin.

Gefen, D., Ragowsky, A., & Ridings, C. (2008). Leadership and justice: Increasing non participating users' assessment of an IT through passive participation. *Information & Management, 45*(8), 507-512.

Gibeau, É., & Langley, A. (2008). La transformation du rôle des gestionnaires dans un contexte de restructuration dans le système de santé au Québec. École des hautes études commerciales.

Greenberg, J. (1993). The social side of fairness: Interpersonal and informational classes of organizational justice. In R. Cropanzano, *Justice in the workplace: Approaching fairness in human resource management* (pp. 79-103). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Griffin, M. A., Rafferty, A. E., & Mason, C. M. (2004). Who Started This? Investigating Different Sources of Organizational Change. *Journal of Business and Psychology, 18*(4), 555-570. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1023/B:JOBU.0000028451.22685.a4

Grubbs, F. E. (1969, Février 01). Procedures for Detecting Outlying Observations in Samples. *Technometrics, 11*(1), 1-21. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WiT29RT0twb2JzZzg/edit

(2006). Structural Equation Modeling: A Second Course. In G. R. Hancock, & R. O. Mueller. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Herold, D. M., Fedor, D. B., Caldwell, S., & Liu, Y. (2008). The effects of transformational and change leadership on employees' commitment to a change: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology, 93*(2), 346-357.

Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology, 87*(3), 474-487.

Houlfort, N., & Rinfret, N. (2010). Favoriser la satisfaction au travail des directeurs généraux du réseau de la santé et des services sociaux: impact du style de leadership adopté et de la passion envers le travail. In F. Ben Hassel, & B. Raveleau, *Management humain des organisations: grandeurs et misères de la fonction de dirigeant.* Paris: L'Harmattan.

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424-453. Retrieved from http://people.cehd.tamu.edu/~okwok/epsy651R/Articles/HuBentler1998.pdf

Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.

Ilies, R., Judge, T., & Wagner, D. (2006). Making Sense of Motivational Leadership: The Trail from Transformational Leaders to Motivated Followers. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 13*(1), 1-22.

Jernigan, I. E., & Beggs, J. M. (2005). An Examination of Satisfaction With My Supervisor and Organizational Commitment. *Journal of Applied Social Psychology, 35*(10), 2171-2192. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2005.tb02214.x

Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin, 3*(127), 376-407.

Jung, D. I., & Avolio, B. J. (2000). Opening the black box: an experimental investigation of the mediating effects of trust and value congruence on transformational and transactional leadership. *Journal of Organizational Behavior, 21*(8), 949-964. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1002/1099-1379(200012)21:8<949::AID-JOB64>3.0.CO;2-F

Kanfer, R. (1990). Motivation theory in industrial and organizational psychology. In M. D. Dunnette, & L. M. Hough, *Handbook of industrial and organizational psychology* (First ed., Vol. 1, pp. 75-170). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Kanfer, R. (2009). Work Motivation: Identifying Use-Inspired Research Directions. *Industrial and Organizational Psychology, 2*(1), 77-93.

Kanfer, R., Chen, G., & Pritchard, R. D. (2008). The three C's of work motivation: Content, context, and change. In R. Kanfer, G. Chen, & R. D. Pritchard, *Motivation: Past, present, and future* (pp. 1-16). New York: Taylor Francis.

Kenny, D. A. (2012, Juillet 5). *Measuring Model Fit.* Retrieved 12 21, 2012, from http://davidakenny.net/cm/fit.htm

Kolakowski, L. (1976). *La philosophie positiviste.* Paris: Denoël-Gonthier.

Kuvaas, B. (2006). Work performance, affective commitment, and work motivation: the roles of pay administration and pay level. *Journal of Organizational Behavior, 27*(3), 365-385. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1002/job.377

Lavelle, J. J., Rupp, D. E., & Brockner, J. (2007). Taking a multifoci approach to the study of justice, social exchange, and citizenship behavior: The target similarity model. *Journal of Management, 33*(6), 841-866.

Leatt, P., & Porter, J. (2003, Juillet 15). Where Are the Healthcare Leaders? The Need for Investment in Leadership Development. *Healthcare Papers, 4*(1), 14-31. Retrieved from http://www.longwoods.com/product/16891

Leblanc, É. (2010). *Étude du lien entre le leadership transformationnel du supérieur et la détresse psychologique chez les cadres du réseau de la santé et des services sociaux.* Québec: École national d'administration publique.

Lee, V., Ridzi, F., & Lo, A. W. (2011). A healthcare case study of team learner style and change management. *Journal of Organizational Change Management, 24*(6), 830-852. Retrieved from http://banques.enap.ca/Proxy.pl?adresse=http://search.proquest.com/docview/900914861?accountid=10748

Lei, M., & Lomax, R. G. (2005, Janvier 01). The Effect of Varying Degrees of Nonnormality in Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 12*(1), 1-27. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WiekxiSTJCOFNuYlk/edit

Lemieux, V. (1989). La Commission Rochon et la réalisation des politiques publiques. *Canadian Public Administration, 32*(2), 261-273.

Lévesque, J. F., & Bergeron, P. (2003). Quebec's healthcare system: origins, organization, and future. In C. Shah, *Public health and preventive medecine in Canada* (pp. 517-529).

Levy, R. (1994). Croyance et doute : une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 1*(1), 92-100.

Lind, E. A., & Tyler, T. R. (1988). *The social psychology of procedural justice. Critical issues in social justice.* New York, NY: Plenum Press.

Linhart, D., & Linhart, R. (1985). La participation des travailleurs: une cote difficile à tailler. *Le Monde diplomatique*, 6-7.

Linteau, P.-A., Durocher, R., Robert, J.-C., & Ricard, F. (1986). Histoire du Québec contemporain : le Québec depuis 1930. Montréal: Boréal.

L'Observatoire de l'administration publique. (2006). *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé.* Québec: L'Observatoire de l'administration publique, École nationale d'administration publique. Retrieved from http://archives.enap.ca/bibliotheques/2009/05/30104781.pdf

Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the mlq literature. *The Leadership Quarterly, 7*(3), 385-425. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984396900272

MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods, 1*(2), 130-149. Retrieved from ftp://144.92.73.86/pub/lindstrom/bakken/met-1-2-130.pdf

Malo, F. B., & Grenier, J.-N. (2008). La nouvelle gestion publique et la transformation du Réseau québécois de la santé et des services sociaux entre 1987 et 2007 - Quels impacts pour les diverses parties prenantes?

McIntosh, T., Ducie, M., Burka-Charles, M., Church, J., Lavis, J., Pomey, M.-P., . . . Tomblin, S. (2010, Mars). Population Health and Health Reform: Needs-Based Funding in Five Provinces. *Canadian Political Science Review, 4*(1), 42-61. Retrieved from http://ojs.unbc.ca/index.php/cpsr/article/view/130

Medley, F., & Larochelle, D. R. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing management, 26*(9), 64JJ-64NN.

Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review, 11*(3), 299-326.

Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology, 89*(6), 991-1007.

Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*(1), 20-52.

Miner, J. B. (2003). The rated importance, scientific validity, and practical usefulness of organizational behavior theories: a quantitative review. *Academy of Management Learning & Education, 2*(3), 250-268.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1987). *Modifications suggérées aux critères d'allocation des ressources consenties par le ministère de la santé et des services sociaux au réseau des affaires sociales.* Direction générale de la planification et de l'évaluation. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux.* Québec: Gouvernement du Québec. Retrieved from http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2011, Novembre 8). *Répertoire des établissements.* Retrieved 11 8, 2011, from MSSS: http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02ListeEtab.asp?Etab=Region

Morin, E. M., Archambault, M., & Bellavance, F. (2001, Juin 15). Projet QVT, Rapport final. *Cahier de recherche*(01-11). Retrieved from http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fweb.hec.ca%2Fcriteos%2Ffichiers%2Fupload%2Fqvt_msss_01.pdf&ei=y10QT5H5IILy0gGs2YXEAw&usg=AFQjCNEVfnYegmnyJU9D7g_YrwgKlx_iXA&sig2=Rba6XvADB4TmWOvyZ7wrGA

Morin, R., & Dussault, M. (1999). Leadership de la direction et sentiment d'autoefficacité des enseignants. *Cahiers de la recherche en éducation, 6*(3), 373-392.

Moynihan, D. P., & Pandey, S. K. (2007). The Role of Organizations in Fostering Public Service Motivation. *Public Administration Review, 67*(1), 40-53. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00695.x

Murray, C. J., & Frenk, J. (2000, Juin). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization, 78*, 717-731. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862000000600004&nrm=iso

Panaccio, A., & Vandenberghe, C. (2009). Perceived organizational support, organizational commitment and psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior, 75*(2), 224-236.

Papalexandris, N., & Galanaki, E. (2009). Leaderships Impact on Employee Engagement: Differences Among Entrepreneurs and Professional CEOs. *Leadership and Organization Development Journal, 30*(4), 365-385.

Pearson, K. (1896, Janvier 01). Mathematical Contributions to the Theory of Evolution. III. Regression, Heredity, and Panmixia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A, Containing Papers of a Mathematical or Physical Character, 187*, 253-318. Retrieved from http://rsta.royalsocietypublishing.org/content/187/253.full.pdf

Perry, J. L., & Hondeghem, A. (2008, Mars 03). Building Theory and Empirical Evidence about Public Service Motivation. *International Public Management Journal, 11*(1), 3-12. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/10967490801887673

Pillai, R., & Williams, E. A. (2004). Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. *Journal of Organizational Change Management, 17*(2), 144-159.

Pineault, R. (1984). The place of prevention in the Quebec health care system. *Canadian journal of public health, 75*(1), 92-97. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6704875

Ployhart, R. E. (2008). The measurement and analysis of motivation: Looking past, moving forward. In R. Kanfer, G. Chen, & R. D. Pritchard, *Motivation: Past, present, and future* (pp. 17-62). New York: Taylor Francis.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theroetical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management, 26*(3), 513-563.

Porter, L. W., & Lawler, E. E. (1968). *Managerial attitudes and performance.* Homewood, IL: Irwin-Dorsey.

Powell, D. M., & Meyer, J. P. (2004). Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior, 65*(1), 157-177.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec.* Québec, QC: Rapport de recherche soumis à Santé Québec, décembre 1992.

Raftery, A. E. (1993). Bayesian model selection in structural equation models. In K. A. Bollen, & J. Long, *Testing Structural Equation Models* (pp. 163-180). Newbury Park, CA: Sage.

Richard, J. (1999). *La grève des infirmières du Québec à un point tournant.* Retrieved janvier 13, 2012, from World Socialist Web Site: http://www.wsws.org/francais/lutouv/1999/juillet99/4juillet_infijacq.shtml

Rinfret, N., & Ngo Manguelle, C. (2007). L'impact de la décroissance organisationnelle chez les fonctionnaires, selon le sexe et le niveau hiérarchique. *Revue de gestion des ressources humaines, 63*, 2-14.

Rinfret, N., Lagacé, M. C., & Laplante, J. (2013). *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel: deux compétences nécessaires à la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.* Manuscrit soumis pour publication.

Rinfret, N., Ngo Manguelle, C., & Lortie-Lussier, M. (2009). L'expérience des « rescapés » des réformes néolibérales de la fonction publique au Québec. *Revue française d'administration publique, 132*(4), 841-853. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WiT0tDWEhhSFZoVzg/edit

Rousseau, L., & Cazale, L. (2007). Réforme ou évolution? Enjeux et opinions sur la régulation et la transformation. In M.-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau, *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation* (pp. 23-37). Montréal: Gaëtan Morin.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.

Satistiques Canada. (2012). *Taux d'absence chez les employés à temps plein selon l'industrie et le secteur en 2011.* Retrieved from Statistiques Canada: http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2012002/tables-tableaux/11650/tbl-3-fra.htm

Schwarz, G. (1978). Estimating the Dimension of a Model. *Annals of Statistics, 6*(2), 461-464. Retrieved from http://projecteuclid.org/DPubS/Repository/1.0/Disseminate?view=body&id=pdf_1&handle=euclid.aos/1176344136

Sheldon, K. M., Turban, D. B., Brown, K. G., Barrick, M. R., & Judge, T. A. (2003). Applying Self-Determination Theory to Organizational Research. In J. J. Martocchio, & G. R. Ferris, *Research in Personnel and Human Resources Management* (Vol. 22, pp. 357-393). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Sörbom, D. (1989). Model modification. *Psychometrika, 54*(3), 371-384. Retrieved from http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF02294623

Statistique Canada. (2011, Septembre 28). *Estimations de la population du Canada : âge et sexe.* Retrieved 10 14, 2011, from Statistique Canada: http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/110928/dq110928a-fra.htm

Steers, R., & Porter, L. (1991). *Motivation and work behavior* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Stefansky, W. (1972, Mai 01). Rejecting Outliers in Factorial Designs. *Technometrics, 14*(2), 469-479. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WidkxTNnpFTzcxTHc/edit

Tang, T. L.-P., & Sarsfield-Baldwin, L. J. (1996). Distributive and procedural justice as related to satisfaction and commitment. *SAM Advanced Management Journal, 61*(3). Retrieved 2 24, 2012, from http://www.freepatentsonline.com/article/SAM-Advanced-Management-Journal/18926779.html

Tremblay, É., Senécal, C., & Rinfret, N. (2001). Survivre à la décroissance de son organisation : Une question de justice organisationnelle et de motivation. *Psychologie du Travail et des Organisations, 7*(3-4), 127-147.

Tremblay, M., & Simard, G. (2005, Été). La mobilisation du personnel: l'art d'établir un climat d'échanges favorable basé sur la réciprocité. *Gestion, 30*(2), 60-68. Retrieved from http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RIGES_302_0060

Tremblay, M., Chênevert, D., Simard, G., Lapalme, M.-È., & Doucet, O. (2005). Agir sur les leviers organisationnels pour mobiliser le personnel: le rôle de la vision, du leadership, des pratiques de GRH et de l'organisation du travail. *Gestion, 30*(2), 69-78.

Turgeon, J., Hervé, A., & Gauthier, J. (2003). L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture? In V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin, & G. Bélanger, *Le système de santé au Québec. Organisations, Acteurs et enjeux* (pp. 93-118). Québec: Presses de l'Université Laval.

Tyler, T. R., & De Cremer, D. (2005). Process-based leadership: Fair procedures and reactions to organizational change. *The Leadership Quarterly, 16*(4), 529-545.

Vallerand, R. J., & Thill, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation.* Laval: Éditions Études Vivantes.

Wald, A. (1943). Tests of Statistical Hypotheses Concerning Several Parameters When the Number of Observations is Large. *Transactions of the American Mathematical Society, 54*(3), 426-482. Retrieved from http://www.pp.rhul.ac.uk/~cowan/stat/wald1943.pdf

Walumbwa, F. O., Wu, C., & Orwa, B. (2008). Contingent reward transactional leadership, work attitudes, and organizational citizenship behavior: The role of procedural justice climate perceptions and strength. *The Leadership Quarterly, 19*(3), 251-265.

Weber, S. (2010). BACON: An effective way to detect outliers in multivariate data using Stata (and Mata). *Stata Journal, 10*(3), 331-338. Retrieved from https://docs.google.com/file/d/0B3x73ZMry3WiOGdFcHJ0Y2NXaVE/edit

Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of management review, 7*(3), 418-428.

Wooldridge, J. M. (2010). Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data. Cambridge, MA: MIT Press.

Wright, S. (1921). Correlation and causation. *Journal of Agricultural Research, 20*, 557-585. Retrieved from http://www.ssc.wisc.edu/soc/class/soc952/Wright/Wright_Correlation%20and%20Causation.pdf

Annexe A : Établissements participants

Établissements	Cadres
1. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-St-Laurent	22
2. Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec (CRDIQ)	38
3. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du centre-du-Québec (CRDITEDMQC)	37
4. Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (CRDP Le Bouclier)	19
5. Centre de réadaptation de Constance-Lethbridge (CRCL)	16
6. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Estrie (CRDITED)	
7. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Pavillon du Parc	29
8. Centre de réadaptation La Myriade	25
9. Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB)	35
10. Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides – Centre André-Boudreau	4
11. Centre de réadaptation Montérégie-Est	64
12. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	139
13. Centre hospitalier universitaire de Laval	
14. Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ)	309
15. Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	324
16. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	161
17. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire	75
18. Centre Montérégien de réadaptation	27
19. CSSS Alphonse-Desjardins	82
20. CSSS de Beauce	70
21. CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	132
22. CSSS Cavendish	67
23. CSSS de Drummond	74
24. CSSS Domaine-du-Roy	49
25. CSSS de Gatineau	191
26. CSSS du Granit	14
27. CSSS de la Haute-Yamaska	70
28. CSSS des Îles	29
29. CSSS Jeanne-Mance	140
30. CSSS de la Montagne	71
31. CSSS du Nord de Lanaudière	169
32. CSSS de la Pointe-de-l'Île	74
33. CSSS Richelieu – Yamaska	133

34. CSSS de Saint-Jérôme	100
35. CSSS de Sept-Îles	39
36. CSSS de Trois-Rivières - Volet Centre Hospitalier Régional	58
37. CSSS Vieille-Capitale/Québec-Nord/Portneuf	144
38. Hôpital Charles LeMoyne	117
39. Hôpital de l'Enfant-Jésus	
40. Hôpital Fleurimont (CHU)	
41. Hôpital Général Juif	165
42. Hôpital Hôtel-Dieu de Québec	
43. Hôpital Maisonneuve-Rosemont	187
44. Hôpital Rivière-des-Prairies	53
45. Hôpital Sacré-Cœur	113
46. Hôpital Saint-François d'Assise	
47. Hôpital Sainte-Justine (CHU)	171
48. Hôpital du Saint-Sacrement	
49. Institut Nazareth et Louis-Braille	11
50. Institut Philippe Pinel de Montréal	82
51. Institut de Cardiologie de Montréal	77
52. Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (IRDPQ)	52
53. Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)	47
54. Institut Raymond-Dewar	13
55. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	108
56. Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)	45
57. Institut universitaire en santé mentale Douglas	87
58. Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)	108
	4466

Tableau 11. Liste des établissements participants

Annexe B : Lettre d'invitation aux participants



Chaire La Capitale
en leadership
dans le secteur public

Québec, le 12 décembre 2011

Association du personnel d'encadrement du réseau socio-sanitaire québécois
Santé et services sociaux
1751, Rue Richardson, Suite 1751
Montréal, Québec, H3K 1G6

Objet : Projet de recherche sur l'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel

---

Madame, Monsieur,

L'APER, en collaboration avec la professeure Natalie Rinfret, Ph.D., titulaire de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public de l'École nationale d'administration publique (ÉNAP), vous invite à participer au projet de recherche *L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux* (MP-CSSS-DLM-M-10-005). À cet effet, vous êtes invité à répondre à un questionnaire en ligne dont la durée approximative sera de 25 à 30 minutes.

Ce projet a fait l'objet d'une approbation éthique à l'ÉNAP et dans le RSSS, dans le cadre du processus multicentrique. En répondant au questionnaire, vous consentez à participer à cette étude. Toutes vos réponses demeureront dans la plus stricte confidentialité. En aucun temps, les réponses individuelles ne seront divulguées aux

gestionnaires ou autres membres du personnel de votre établissement ou du RSSS. Elles ne serviront qu'aux fins de ce projet de recherche et seule l'équipe de recherche y aura accès. Les données seront conservées sous clés à l'ENAP pour une durée réglementaire en sciences sociales de cinq ans. Par ailleurs, les résultats globaux de cette recherche pourraient être présentés lors d'un prochain colloque de l'Association des directeurs des établissements de santé et des services sociaux du Québec.

Pour participer, vous êtes invité à compléter le questionnaire en ligne à l'adresse suivante : https://www.surveymonkey.com/s/3KRYM2V.

Une réponse avant le **25 janvier 2012** serait très appréciée. Nous vous remercions à l'avance de votre participation. Si vous avez des questions ou commentaires, n'hésitez pas à communiquer avec notre équipe de recherche. Il nous fera plaisir de vous répondre.

Merci de votre précieuse collaboration.



Natalie Rinfret, Ph.D.
Professeure
Titulaire de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public
ENAP
555, boul. Charest Est
Québec, Qc
G1K9E5
Tél. : 418-641-3000, poste 6633
Fax. : 418-641-3060
Courriel : natalie.rinfret@enap.ca

Annexe C : Certifcat d'éthique

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

Centre affilié universitaire

Le 5 août 2011 **(mise à jour 2012-03-28)**

Madame Natalie Rinfret
Professeure et titulaire de la Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public
École nationale d'administration publique
555, boul. Charest Est
Québec (Québec) G1K 9E5

Objet : Demande d'évaluation -
« L'intelligence émotionnelle et le leadership transformationnel : deux compétences nécessaires à la conduite de la réforme dans le réseau québécois de la santé et des services» **(MP-CSSS-DLM-M-10-005)** (ND : R 570-20.04.2009) **(Décision finale positive mise à jour 8)**

Madame,

Il me fait plaisir de vous informer que la décision préliminaire prise le 13 juillet 2011 par notre CÉR, qui agit à titre d'instance principale dans le présent dossier, a été **endossée** par une partie des CÉR locaux et des établissements en cause. Le projet en titre est donc définitivement approuvé, sur le plan éthique, pour les établissements suivants **(les établissements s'ajoutant dans la mise à jour 8 sont en gras):**

CSSS de Saint-Jérôme (CÉR)
CSSS Domaine-du-Roy
Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ) (sites Hôpital Hôtel-Dieu de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise, Centre hospitalier universitaire de Laval) (CÉR)
Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CÉR)
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du centre-du-Québec Institut universitaire (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
CSSS de Drummond
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CÉR)
Institut Philippe Pinel de Montréal (CÉR)
CSSS de la Montagne (CÉR)
Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec (CÉR)
CSSS Jeanne-Mance (CÉR)
Hôpital Général Juif (CÉR)

☐ CLSC DE CÔTE-DES-NEIGES
5700, chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal (Québec)
H3T 2A8
514 731-8531

☐ CLSC MÉTRO
1801, boul. de Maisonneuve O.
Bureau 500
Montréal (Québec) H3H 1J9
514 934-0354

☐ CLSC DE PARC-EXTENSION
7085, rue Hutchison
Montréal (Québec)
H3N 1Y9
514 273-9591

Hôpital Fleurimont – CHU (CÉR du CHUS)
Hôpital Charles LeMoyne (CÉR)
Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke (CÉR)
Institut universitaire en santé mentale de Québec (CÉR)
CSSS de Gatineau (CÉR)
CSSS Richelieu – Yamaska (CÉR)
CSSS de Sept-Îles
CSSS du Granit (CÉR des CSSS de l'Estrie)
Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (CÉR des établissements du CRIR)
Centre de réadaptation Estrie (CÉR des établissements du CRIR)
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CÉR des établissements du CRIR)
Centre de réadaptation de Constance-Lethbridge (CÉR des établissements du CRIR)
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (CÉR des établissements du CRIR)
Institut Raymond-Dewar (CÉR des établissements du CRIR)
CSSS des Îles
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal)
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) (CÉR)
CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal)
CSSS de la Pointe-de-l'Île (CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal)
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec Montérégie-Est (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Centre montérégien de réadaptation (CÉR des établissements du CRIR)
Institut Nazareth et Louis-Braille (CÉR des établissements du CRIR)
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (sites Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement) (CÉR du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)
Institut universitaire en santé mentale Douglas (CÉR)
CSSS Alphonse-Desjardins (sites CHAU Hôtel-Dieu de Lévis et CSSS du Grand Littoral) (CÉR du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis)
CSSS Cavendish (CÉR)
Hôpital Rivière-des-Prairies (CÉR)
CSSS du Nord de Lanaudière (CÉR)
Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (CÉR)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-St-Laurent (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Institut de Cardiologie de Montréal (CÉR)
Centre de réadaptation La Myriade (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides – Centre André-Boudreau (CERT - CÉR en toxicomanie du Centre Dollard-Cormier)
CSSS de la Haute-Yamaska (CÉR du CSSS de la Haute-Yamaska)
CSSS de Trois-Rivières – Volet Centre hospitalier régional (CÉR)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Estrie (Centre Notre-Dame de l'Enfant, Centre d'accueil Dixville) (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Pavillon du Parc (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
Centre de recherche de l'hôpital du Sacré-Cœur (Comité d'éthique de la recherche et de l'évaluation des technologies de la santé)
CSSS de Beauce (CÉR)
Hôpital Sainte-Justine – CHU (CÉR)

CSSS du Sud de Lanaudière (CÉR)
CSSS de Québec-Nord (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
CSSS de Portneuf (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS Pierre-Boucher
CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)

Par ailleurs, vous voudrez bien noter que les établissements suivants **n'ont pas endossé notre décision pour des raisons de convenance.** La recherche ne peut donc pas y avoir lieu **(les établissements s'ajoutant dans la mise à jour 8 sont en gras):**

Centre Jeunesse de Laval (CÉR du Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
CSSS de l'Ouest-de-l'Île (CÉR)
CSSS de Laval
CSSS de la région de Thetford (CÉR)
CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Centre jeunesse des Laurentides (CÉR du Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire)
CSSS de la MRC de Coaticook (CÉR des CSSS de l'Estrie)
CSSS de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (comité d'éthique de la recherche des CSSS de l'Estrie)
CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Estrie de Montréal (CRDI Gabrille-Major, CRDI Lisette-Dupras, Services de réadaptation L'Intégrale) (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec)
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal)
CSSS Lucille-Teasdale (CÉR de l'Agence santé et des services sociaux de Montréal)
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle

Veuillez noter également que nous sommes **en attente de la décision des établissements suivants** :

Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CÉR)
Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CÉR)
Centre de soins prolongés Grace Dart
Centre Dollard-Cormier (CÉR)
CHSLD de la Côte Boisée
CHSLD du Plateau Mont-Royal (CÉR)
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes
Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Comité mixte d'éthique de la recherche du Regroupement Neuroimagerie Québec)
CSSS de Charlevoix
CSSS de Chicoutimi (CÉR)
CSSS de la Baie-des-Chaleurs

CSSS de la Mitis
Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS de l'Énergie (CÉR)
CSSS de Manicouagan
CSSS de Rimouski-Neigette (CÉR)
CSSS de Rivière-du-Loup
CSSS du Haut-Richelieu-Rouville
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
CSSS du Sud-Ouest-de-Verdun (CÉR)
CSSS du Suroît
CSSS du Val Saint-François
CSSS La Pommeraie
CSSS les Eskers de l'Abitibi
Hôpital Catherine Booth de l'Armée du salut
Hôpital de Montréal
Hôpital de St-Mary (CÉR)
Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis (CÉR)
Hôpital Jeffery Hale
Hôpital Pierre-Janet (CÉR)
Hôpital Santa Cabrini

Je tiens à vous rappeler que la décision préliminaire qui est confirmée par la présente avait été rendue alors que le quorum était atteint.

Cette approbation suppose que vous respectiez les dispositions particulières propres aux établissements suivants. **(en gras les établissements qui s'ajoutent dans la présente mise à jour):**

- Institut Philippe Pinel de Montréal (CÉR) :
  - À l'annexe 2 (Lettre de sollicitation aux directeurs généraux – étude 2), page 19 du protocole, à l'avant-dernier paragraphe, il faudra corriger une coquille. Ainsi, la phrase suivante devra se lire ainsi :«Si vous désirez y participer, veuillez...»
  - À l'annexe 3 (Formulaire d'information et de consentement – étude 3 – récit de vie), page 23 du protocole, il faudra ajouter un tiret entre les Personnes et ressources, dans le titre de la rubrique.

- CSSS de Saint-Jérôme (CÉR) :
  - Ajouter le logo du CSSS de Saint-Jérôme aux lettres de sollicitation et au formulaire d'information et de consentement
  - La version anglaise devra être conforme à la version française, le cas échéant

- *Centre hospitalier universitaire du Québec (CHUQ) (sites Hôpital Hôtel-Dieu de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise, Centre hospitalier universitaire de Laval) (CÉR)*
  :
  - Le logo du CHUQ
  - Le nom du chercheur local
  - La ou les personnes(s) ressources locale(s)
  - La phrase suivante devra se retrouver à la section Confidentialité :
    «Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez vous adresser au directeur des services professionnels du CHUQ au numéro : 418 691-5521»

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CÉR) :
    - «Nous désirons que le chercheur principal s'assure que notre chercheur local nous fasse parvenir, à titre d'information, une copie du formulaire d'information et de consentement qu'il aura adapté pour l'utilisation dans notre établissement (logo de l'hôpital, nom du responsable du projet, no et coordonnées du CÉR et du commissaire local aux plaintes, etc.)»

- Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du centre-du-Québec Institut universitaire (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec) :
    - «Nous apprécierions recevoir un court résumé de votre projet de recherche (tout au plus une ½ page) afin de l'insérer dans le prochain numéro de notre bulletin *infoRecherche Di TED* ainsi qu'une copie des résultats de votre projet de recherche lorsque celui-ci sera complété.»

- CSSS Richelieu-Yamaska (CÉR) :
  Ajouter le nom de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité du service, là où pertinent : Danielle Théorêt, tél. : 450-771-33333, poste 3434 (sans frais pour la région de Beloeil : 514-287-7593), courriel : gestion.plaintes.csssry@rrsss16.gouv.qc.ca

- Hôpital Charles-Lemoyne (CÉR) :

Les exigences suivantes s'appliquent lorsque pertinentes (pour les récits de vie) :

- Apposer le logo de HCLM
- Inscrire le nombre de sujets prévus à HCLM
- Prévoir un espace pour les initiales du sujet sur chaque page de signature
- Ajouter une ligne de signature sur la dernière page pour la personne qui a présenté le consentement
- Insérer au paragraphe «Confidentialité» le mécanisme d'identification des sujets de recherche en vigueur à HCLM :
  Vous devez savoir qu'en signant le présent consentement, vous autorisez le chercheur à fournier vos coordonnées au Service des archives médicales de l'Hôpital Charles LeMoyne afin que soit constitué un registre institutionnel pouvant identifier tous les sujets de l'Institution ayant participé aux différents projets de recherche qui s'y tiennent.

  Ce registre s'inscrit parmi les mesures établies pour votre protection, tel que prescrit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, permettant à l'hôpital de vous contacter le cas échéant. Aucune information de ce registre ne servira la recherche et cette information sera détruite au plus tard douze (12)mois suivant la fin du projet.
- Ajouter les coordonnées du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de HDLM :
  De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant€ à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5434.

- CSSS de Bordeaux-Cartierville (CÉR de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal) :

    - Si des documents/outils de recherche ont été modifiés suite au processus d'évaluation éthique, faire parvenir à la coordonnatrice de la recherche (Mme Lyne Chayer, lyne.chayer.bcstl@ssss.gouv.qc.ca) une copie de ces derniers, tels qu'approuvés par le

Comité d'éthique de la recherche mandaté pour procéder à l'évaluation éthique des projets réalisés au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent.

- 2. Se conformer, lors de la réalisation des activités de recherche au CSSS, au *Cadre de référence pour le développement et la réalisation des activités de recherche* ainsi qu'aux règles et procédures usuelles en vigueur dans l'établissement.
- 3. Planifier la réalisation des activités de recherche dans l'établissement avec la coordonnatrice de la recherche.
- 4. Transmettre sur demande des informations non-nominatives concernant les sujets de recherche recrutés par le biais de l'établissement.
- 5. Mentionner la participation de notre établissement dans toutes les productions associées au projet (publications, communication, etc.).
- 6. Faire parvenir à la coordonnatrice des activités de recherche une copie des publications issues du projet.
- 7. S'il y a lieu, présenter ou partager les résultats du projet dans le cadre d'une activité de diffusion ou d'échange de connaissances organisée par l'établissement.

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec) :

  - Respecter le certificat d'éthique de CÉRC/CRDITED ainsi que les conditions et recommandations déposées au préalable
  - Remettre copie des rapports soumis au Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED à la directrice de la recherche et de la qualité
  - Diffuser les résultats de vos recherches au sein du centre de réadaptation et auprès des instances requises, après avoir préalablement informé la directrice de la recherche et de la qualité, des communications et publications que vous diffuserez
  - N'utiliser aucun des données à d'autres fins que celles requises par votre projet de recherche

- Centres de réadaptation en déficience intellectuelle Estrie (Centre Notre-Dame de l'Enfant, Centre d'accueil Dixville) (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec) :

  - Respecter le code d'éthique du CRDITED Estrie adopté par le conseil d'administration
  - N'utiliser aucune des données à d'autres fins que celles identifiée dans le projet de recherche
  - Respecter les conditions et recommandations du comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement;
  - Remettre copie des rapports soumis au CÉRC/CRDITED à la direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche ;
  - Diffuser les résultats de vos recherches au sein du centre de réadaptation et auprès des instances requises, après avoir préalablement informé la direction des services professionnels, de la qualité et de la recherche.

- Centres de réadaptation en déficience intellectuelle Pavillon du Parc (CÉR conjoint destiné aux Centres de réadaptation en déficience intellectuelle du Québec) :

  - Respecter le «code d'éthique» du Pavillon du Parc adopté par le conseil d'administration le 19 janvier 2005;
  - N'utiliser aucune des données à d'autres fins que celles identifiée dans le projet de recherche;

- Respecter les conditions et recommandations du CÉRC/CRDITED;
- Assurer une diffusion , un partage et une présentation des résultats de votre recherche au sein du Pavillon du Parc;
- Informer ou envoyer une copie des publications que vous diffuserez.

- Institut de cardiologie :

  - Le mécanisme d'identification des sujets de recherche ne vigueur à l'ICM est un répertoire centralisé (voir paragraphe qui suit)
  - L'établissement aimerait recevoir, à titre informatif, une copie du formulaire d'information et de consentement adapté pour l'utilisation dans son établissement (nom et coordonnées du CÉR et du commissaire aux plaintes).
  - La Commissaire aux plaintes de l'Institut de Cardiologie de Montréal peut être rejointe au numéro (514) 376-3330, poste 3398.

- Hôpital Sainte-Justine – CHU (CÉR) :

  - Les données ne peuvent pas être transmises au ministère de la Santé et des Services sociaux.

À tous les établissements qui maintiennent un registre centralisé des sujets de recherche:

Veuillez noter que la première phase de ce projet implique que les participants remplissent un questionnaire en ligne et de manière complètement anonyme; les chercheurs ne sauront pas qui a répondu ni de quel établissement provient chaque participant. Conséquemment, il est impossible d'informer les établissements qui maintiennent un registre central d u nom ou du nombre des personnes de leur établissement ayant participé à ce projet. La seconde phase implique la construction des récits de vie de quelques participants qui s'auto-identifieront et consentiront à ce que leur récit de vie soit rendu public. Conséquemment, lors de cette seconde phase, les quelques établissements qui seront impliqués, pourront avoir l'information pertinente à leur tenue d'un registre centralisé.

- Cette approbation suppose également que vous vous engagiez :

1) à **respecter la décision du CÉR principal** et, le cas échéant, les **conditions propres à chacun des établissements en cause** ;

2) à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du **déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche** ainsi que du **respect des normes de l'éthique** s'appliquant au projet ;

3) à respecter les moyens relatifs au **suivi continu** tels qu'ils sont décrits à l'article 11.5 du mécanisme multicentrique et, le cas échéant, indiquer les exigences particulières des CÉR locaux en cette matière lorsqu'elles existent, et à utiliser les formulaires préparés à cette fin ;

4) à **conserver les dossiers de recherche** pendant au moins cinq ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité. Pour les fin de ce projet seulement, et afin de rencontrer les demandes du CER, la durée de conservation est fixée à 5 ans, et ce, dans le but d'éviter une disparité de durée de conservation ;

5) à respecter les modalités arrêtées au regard du **mécanisme d'identification des sujets de recherche** de chacun des établissements en cause, à savoir :
– la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour tous les établissements qui pourront l'obtenir sur demande
- la liste des sujets de recherche sera conservée par le chercheur, sauf exception (voir la section des dispositions particulières). Par contre, pour ceux dont la participation sera uniquement anonyme, il est entendu qu'aucune liste ne sera conservée.

La présente décision vaut pour **une année** et peut être suspendue ou révoquée en cas de non respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Nous vous prions d'agréer, Madame Rinfret, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marie Hirtle, LL.B., LL.M.
Présidente Comité d'éthique de la recherche

p. j. Lettres de réponse des établissements suivants:

Lettres de réponse pour la présente mise à jour:

CSSS de Portneuf (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS Pierre-Boucher
CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle

c. c. Les CÉR des établissements suivants et établissements sans CÉR :

CSSS de Portneuf (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS Pierre-Boucher
CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR des CSSS de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de Santé publique de la Capitale-Nationale.)
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle

Annexe D : Questionnaire

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Âge _____

2. Sexe (√) Féminin o Masculin o

3. Dans quelle région habitez-vous ? _____

4. Quelle est votre situation familiale ? (√)

- Avec conjoint et avec enfant(s) à charge o
- Avec conjoint et sans enfant à charge o
- Sans conjoint et avec enfant(s) à charge o
- Sans conjoint et sans enfant à charge o

5. Quel est votre niveau de scolarité ? (√)

Secondaire o Technique o Certificat o Baccalauréat o

Maîtrise o Doctorat o Autre : _____

6. Votre revenu annuel brut ? (√)

- Entre 30 000 $ et 39 999 $ o
- Entre 40 000 $ et 59 999 $ o
- Entre 60 000 $ et 79 999 $ o
- Entre 80 000 $ et 100 000 $ o
- Plus de 100 000 $ o

7. Depuis combien d'année(s) travaillez-vous dans le réseau de la santé ?

_____ année(s) _____ mois

8. Depuis combien de temps occupez-vous votre emploi actuel ?

_____ année(s) _____ mois

9. Quelle fonction occupez-vous ?

- Cadre supérieur o
- Cadre intermédiaire o

10. Combien d'employés supervisez-vous ? _____

11. Quelle est votre semaine régulière de travail ? _____ heures/semaine

ATTITUDES FACE À VOTRE TRAVAIL

Veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous faites ce genre de travail.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI FAITES-VOUS CE GENRE DE TRAVAIL ?

1. Parce que c'est ce type de travail que j'ai choisi et que je préfère pour atteindre un certain niveau de vie.	1	2	3	4	5	6	7
2. Pour les différents avantages sociaux associés à ce type de travail.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je ne le sais pas, j'ai l'impression que je n'ai pas ce qu'il faut pour bien faire ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
4. Pour les moments de plaisir intense que m'apporte ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
5. Parce que j'ai beaucoup de plaisir à apprendre de nouvelles choses dans ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parce que c'est le type de travail que j'ai choisi pour me permettre d'atteindre certains objectifs importants tout en respectant les autres aspects de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7. Pour les différentes émotions positives que me procure ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je me le demande bien, je n'arrive pas à faire correctement les tâches importantes de ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
9. Parce que j'ai l'impression de m'accomplir en faisant mon travail de façon bien personnelle et unique.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je ne le sais pas, on nous impose des normes de rendement trop élevées.	1	2	3	4	5	6	7
11. Parce que j'ai du plaisir à approfondir mes connaissances sur une foule de choses intéressantes.	1	2	3	4	5	6	7
12. Pour la satisfaction que je ressens alors que je relève des défis intéressants au travail.	1	2	3	4	5	6	7
13. Parce que je tiens absolument à être très bon dans ce travail, sinon je serais déçu.	1	2	3	4	5	6	7
14. Parce que plusieurs choses dans ce travail stimulent ma curiosité à en connaitre davantage.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je ne le sais pas, on nous fixe des conditions de travail irréalistes.	1	2	3	4	5	6	7
16. Parce que ce type de travail me procure une sécurité.	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que je m'amuse beaucoup dans ce travail.	1	2	3	4	5	6	7

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

POURQUOI FAITES-VOUS CE GENRE DE TRAVAIL ?

18. Parce que c'est dans ce genre de travail que je préfère poursuivre ma carrière.	1	2	3	4	5	6	7
19. Pour le salaire.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parce que c'est le type de travail que j'ai choisi pour réaliser mes projets de carrière.	1	2	3	4	5	6	7
21. Je ne le sais pas, il me manque des habiletés importantes pour bien accomplir les tâches de ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pour le plaisir intense que je ressens à faire les tâches intéressantes de ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
23. Parce que cela me permet de faire de l'argent.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parce que je tiens énormément à réussir dans ce travail sinon j'aurai honte de moi.	1	2	3	4	5	6	7
25. Parce que mon travail c'est ma vie et je ne veux pas échouer.	1	2	3	4	5	6	7
26. Je ne le sais pas, on attend trop de nous.	1	2	3	4	5	6	7
27. Pour la satisfaction que je vis lorsque je suis en train de réussir des tâches difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
28. Parce que j'ai souvent des choses intéressantes à apprendre dans ce travail.	1	2	3	4	5	6	7
29. Parce que je veux être un « gagnant » dans la vie.	1	2	3	4	5	6	7
30. Je ne le sais pas, on nous fixe des conditions de travail trop difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
31. Pour le plaisir que j'éprouve à être créatif dans ma façon de réaliser mon travail.	1	2	3	4	5	6	7

INVENTAIRE DU STYLE DE LEADERSHIP

Veuillez indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés correspond aux agissements de votre directeur général en milieu organisationnel. Le mot « autre » peut représenter les collègues, les clients, les employés sous sa responsabilité directe et/ou tous ces individus.

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Fréquemment voire toujours
0	1	2	3	4

Mon supérieur immédiat…

1. offre son assistance aux autres en échange de leurs efforts.	0	1	2	3	4
2. réexamine les fondements de son raisonnement afin de s'assurer qu'ils sont pertinents.	0	1	2	3	4
3. Attend que les problèmes deviennent sérieux avant d'intervenir.	0	1	2	3	4
4. concentre son attention sur les irrégularités, les erreurs, les exceptions et les écarts aux normes.	0	1	2	3	4
5. évite de s'impliquer quand les enjeux importants se présentent.	0	1	2	3	4
6. parle des valeurs et des croyances qui sont les plus importantes pour lui.	0	1	2	3	4
7. En général, s'abstient d'intervenir.	0	1	2	3	4
8. recherche différentes perspectives lors de la résolution d'un problème.	0	1	2	3	4
9. parle de l'avenir avec optimisme.	0	1	2	3	4
10. insuffle un sentiment de fierté à ceux qui collaborent avec lui.	0	1	2	3	4
11. identifie en termes clairs la personne responsable de l'atteinte des objectifs de rendement.	0	1	2	3	4
12. attend que les choses tournent mal avant d'agir.	0	1	2	3	4
13. parle avec enthousiasme de ce qui doit être accompli.	0	1	2	3	4
14. souligne l'importance d'avoir des buts.	0	1	2	3	4
15. consacre du temps à l'enseignement et au coaching.	0	1	2	3	4
16. définit clairement ce que l'on peut s'attendre à recevoir lorsque les objectifs de performance sont atteints.	0	1	2	3	4
17. Est en accord avec l'affirmation « Lorsque ça fonctionne, il vaut mieux ne rien changer ».	0	1	2	3	4
18. va au-delà de l'intérêt personnel pour le bénéfice du groupe.	0	1	2	3	4
19. traite les autres comme des individus plutôt que comme les membres d'un groupe.	0	1	2	3	4
20. fait comprendre que les problèmes doivent être chroniques pour qu'il intervienne.	0	1	2	3	4

Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Fréquemment voire toujours
0	1	2	3	4

Mon supérieur immédiat…

21. agit de manière à inspirer le respect des autres.	0	1	2	3	4
22. porte toute son attention à s'occuper des problèmes, des plaintes et des échecs.	0	1	2	3	4
23. prend en considération les conséquences morales et éthiques de ses décisions.	0	1	2	3	4
24. prend note de toutes ses erreurs.	0	1	2	3	4
25. a confiance en lui et en ses capacités.	0	1	2	3	4
26. exprime une vision articulée du futur.	0	1	2	3	4
27. se concentre sur les échecs pour atteindre les objectifs.	0	1	2	3	4
28. évite de prendre des décisions.	0	1	2	3	4
29. considère tous les individus comme ayant des aspirations, des habiletés et des besoins qui leur sont propres.	0	1	2	3	4
30. amène les autres à considérer les problèmes sous des angles différents.	0	1	2	3	4
31. aide les autres à développer leurs forces.	0	1	2	3	4
32. suggère de nouvelles façons dans la manière d'accomplir les tâches.	0	1	2	3	4
33. fait traîner les questions urgentes.	0	1	2	3	4
34. met l'accent sur l'importance de se donner une mission collective.	0	1	2	3	4
35. exprime sa satisfaction lorsque les autres performent conformément aux attentes.	0	1	2	3	4
36. se montre confiant quant à l'atteinte des objectifs.	0	1	2	3	4
37. réussit à satisfaire les besoins professionnels des autres.	0	1	2	3	4
38. utilise des styles de leadership adéquats.	0	1	2	3	4
39. amène les autres à faire plus que ce à quoi ils s'attendaient.	0	1	2	3	4
40. réussit à bien représenter les autres auprès de la haute direction.	0	1	2	3	4
41. travaille avec les autres de manière satisfaisante.	0	1	2	3	4
42. donne de l'importance au désir de réussite des autres.	0	1	2	3	4
43. réussit à satisfaire efficacement les exigences de l'organisation.	0	1	2	3	4
44. accentue chez les autres la volonté de travailler plus fort.	0	1	2	3	4
45. dirige un groupe qui est efficace.	0	1	2	3	4

MOBILISATION FACE AU CHANGEMENT

En pensant à la dernière réforme, indiquez à quel point vous êtes en accord avec chaque énoncé.

Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

1. Je crois en l'importance de ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
2. Ce changement constitue une bonne stratégie pour l'organisation.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je pense que le ministère commet une erreur en introduisant ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ce changement remplit un but important.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tout serait mieux sans ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ce changement n'est pas nécessaire.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je n'ai pas d'autre choix que d'approuver ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je me sens forcé d'accepter ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je risque trop en résistant à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
10. Il serait trop coûteux pour moi de résister à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
11. Il serait trop risqué de s'opposer à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
12. Résister à ce changement n'est pas une option avantageuse pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je sens que j'ai le devoir de travailler en vue de réaliser ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je ne pense pas qu'il serait correct de ma part de m'opposer à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
15. Je ne me sentirais pas mal de m'opposer à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
16. Il serait irresponsable de ma part de résister à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
17. Je me sentirais coupable de m'opposer à ce changement.	1	2	3	4	5	6	7
18. Je ne me sens pas dans l'obligation d'appuyer ce changement.	1	2	3	4	5	6	7

PROCÉDURES FACE AU CHANGEMENT

En pensant à votre travail actuel, indiquez à quel point vous êtes en accord avec chaque énoncé.

Pas du tout en accord 1	Un peu en accord 2	Moyennement en accord 3	Assez en accord 4	Très fortement en accord 5

1. Les personnes telles que moi ont eu une contribution au processus décisionnel qui a conduit à l'implantation de la réforme en cours.	1	2	3	4	5
2. La direction ne m'a pas offert l'opportunité d'exprimer mes inquiétudes avant de prendre la décision concernant l'implantation de la réforme.	1	2	3	4	5
3. La direction n'a pas écouté mon point de vue concernant la réforme avant de prendre la décision d'entreprendre le changement.	1	2	3	4	5
4. Avant de s'engager dans le changement menant à la réforme, la direction m'a demandé ce que je pensais de cette idée.	1	2	3	4	5
5. La direction ne m'a pas expliqué pourquoi le changement devait avoir lieu.	1	2	3	4	5
6. La direction m'a expliqué en détail pourquoi l'organisation s'engageait dans la réforme.	1	2	3	4	5
7. La direction n'a jamais vraiment expliqué pourquoi l'organisation optait pour un changement.	1	2	3	4	5
8. La direction a opté pour un changement qui avait des conséquences injustes à mon endroit.	1	2	3	4	5
9. La façon dont la direction a implanté la réforme n'est pas juste à mon endroit.	1	2	3	4	5
10. La direction s'est montrée juste envers moi dans la façon dont elle a pris la décision concernant l'introduction de la réforme.	1	2	3	4	5
11. Les étapes entourant le processus de décision par lequel la direction a cheminé avant de prendre une décision concernant la réforme étaient justes à mon égard.	1	2	3	4	5
12. La direction était parfaitement justifiée de suivre la décision qu'elle a prise au sujet de l'introduction de la réforme.	1	2	3	4	5
13. La direction avait tous les droits nécessaires pour prendre la décision qu'elle a prise concernant l'implantation de la réforme.	1	2	3	4	5

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION !

Annexe E : Rapport des données manquantes

Variables	Fréquence*	Taux	Items par échelle	Items non remplis	Taux lié aux items
Sexe	0	0,00%			
Âge	0	0,00%			
Établissement	0	0,00%			
Région	0	0,00%			
État matrimonial	3	0,57%			
Scolarité	0	0,00%			
Revenu brut	1	0,19%			
Niveau du poste occupé	2	0,38%			
Ancienneté de poste	0	0,00%			
Ancienneté dans le réseau	6	1,15%			
Nombre d'employés supervisés	10	1,92%			
Semaine régulière de travail	4	0,77%			
Influence idéalisée (comportements) (LTF)	9	1,72%	4	10	0,48%
Influence idéalisée (attribuée) (LTF)	10	1,92%	4	10	0,48%
Inspiration au dépassement (LTF)	6	1,15%	4	7	0,34%
Stimulation intellectuelle (LTF)	11	2,11%	4	11	0,53%
Considération individualisée (LTF)	6	1,15%	4	6	0,29%
Leadership transformationnel (LTF)	33	6,32%	20	44	0,42%
Justice procédurale (JO)	15	2,87%	4	17	0,81%
Justice distributive (JO)	5	0,96%	2	6	0,57%
Justice interactionnelle (JO)	9	1,72%	7	10	0,27%
Justice organisationnelle (JO)	26	4,98%	13	33	0,49%
Engagement affectif	12	2,30%	6	22	0,70%
Motivation intrinsèque à la connaissance (MI)	9	1,72%	4	9	0,43%
Motivation intrinsèque aux stimulations (MI)	6	1,15%	4	7	0,34%
Motivation intrinsèque à l'accomplissement (MI)	4	0,77%	4	4	0,19%
Motivation intrinsèque (MI) (MA)	16	3,07%	12	20	0,32%
Régulation externe (R)	6	1,15%	4	6	0,29%
Régulation interne (R)	10	1,92%	4	13	0,62%
Régulation identifiée (R)	7	1,34%	4	9	0,43%
Régulation (R) (MA)	20	3,83%	12	28	0,45%
Amotivation externe (AM)	11	2,11%	4	12	0,57%
Amotivation interne (AM)	5	0,96%	3	5	0,32%
Amotivation (AM) (MA)	15	2,87%	7	17	0,47%
Motivation autodéterminée (MA)	39	7,47%	31	65	0,40%

Tableau 12. Données manquantes selon les variables

*La fréquence correspond au nombre de questionnaires ayant un item non répondu ou plus parmi les questions mesurant ce concept.

Annexe F : Cohérence interne des échelles de mesure

		Items	Alpha	
Influence idéalisée (comportements)	**LTF**	4	0,7857	
Influence idéalisée (attribuée)	**LTF**	4	0,7927	
Inspiration au dépassement	**LTF**	4	0,8431	
Stimulation intellectuelle	**LTF**	4	0,8451	
Considération individualisée	**LTF**	4	0,7706	
Leadership transformationnel	**LTF**	20		0,9482
Justice procédurale	**JO**	4	0,7922	
Justice distributive	**JO**	2	0,7275	
Justice interactionnelle	**JO**	7	0,9180	
Justice organisationnelle	**JO**	4		0,8311
Engagement affectif	**EA**	6		0,9027
Motivation intrinsèque à la connaissance	**MI**	4	0,9182	
Motivation intrinsèque aux stimulations	**MI**	4	0,8742	
Motivation intrinsèque à l'accomplissement	**MI**	4	0,8252	
Motivation intrinsèque	**MI (MA)**	12		0,9400
Régulation externe	**R**	4	0,8296	
Régulation introjectée	**R**	4	0,7795	
Régulation identifiée	**R**	4	0,7251	
Régulation	**R (MA)**	12		0,7889
Amotivation externe	**AM**	4	0,9065	
Amotivation interne	**AM**	3	0,7452	
Amotivation	**AM (MA)**	7		0,8625

Tableau 13. Indices alpha de Cronbach obtenus dans l'étude

Annexe G : Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 14. Sexe des répondants

Sexe	Échantillon		AGESS	
Hommes	140	26,82%	2411	32,20%
Femmes	382	73,18%	5077	67,80%
	522	100,00%	7488	100,00%

Tableau 15. Âge des répondants

Âge	Femmes		Hommes		Échantillon complet		AGESS	
30 ans et -	10	2,62%	3	2,14%	13	2,49%	110	1,73%
31 à 34 ans	21	5,50%	19	13,57%	40	7,66%	407	6,42%
35 à 44 ans	130	34,03%	28	20,00%	158	30,27%	1684	26,56%
45 à 54 ans	173	45,29%	70	50,00%	243	46,55%	2880	45,42%
55 ans et +	48	12,57%	20	14,29%	68	13,03%	1260	19,87%
	382	100,00%	140	100,00%	522	100,00%	6341	100,00%
Âge moyen:	46,13		46,50		46,23		47,89	

Tableau 16. Autres caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

État matrimonial	Avec conjoint et enfant(s)	333	63,79%
	Avec conjoint / sans enfant	80	15,33%
	Sans conjoint / avec enfant(s)	67	12,84%
	Sans conjoint / sans enfant	39	7,47%
	N/A	3	0,57%
Scolarité	Secondaire	2	0,38%
	Technique	41	7,85%
	Certificat	70	13,41%
	Baccalauréat	186	35,63%
	Maitrise	191	36,59%
	Doctorat	9	1,72%
	Autre	23	4,41%
Revenu annuel brut	Entre 30 000 $ et 39 999 $	2	0,38%
	Entre 40 000 $ et 59 999 $	25	4,79%
	Entre 60 000 $ et 79 999 $	189	36,21%
	Entre 80 000 $ et 100 000 $	289	55,36%
	Plus de 100 000 $	10	1,92%
	N/A	7	1,34%
Heures travaillées par semaine	Moins de 35 heures	10	1,92%
	35 à 39 heures	98	18,77%
	40 à 44 heures	183	35,06%
	45 à 49 heures	120	22,99%
	50 à 54 heures	71	13,60%
	55 à 60 heures	29	5,56%
	Plus de 60 heures	7	1,34%
	N/A	4	0,77%
Région administrative	Montréal	150	28,74%
	Capitale-Nationale	126	24,14%
	Montérégie	75	14,37%
	Lanaudière	31	5,94%
	Mauricie	30	5,75%
	Estrie	27	5,17%
	Outaouais	23	4,41%
	Laurentides	18	3,45%
	Chaudière-Appalaches	12	2,30%
	Autres	30	5,75%

Annexe H : Caractéristiques professionnelles

Niveau du poste occupé	Niveau intermédiaire	500	95,79%
	Niveau supérieur	18	3,45%
	Hors cadre (DGA)	2	0,38%
	N/A	2	0,38%
Temps d'emploi dans les RSSS	Moins de 5 ans	48	9,20%
	5 à 10 ans	55	10,54%
	10 à 15 ans	88	16,86%
	15 à 20 ans	56	10,73%
	20 à 25 ans	96	18,39%
	25 à 30 ans	99	18,97%
	Plus de 30 ans	74	14,18%
	N/A	6	1,15%
Temps d'emploi au poste actuel	Moins de 5 ans	352	67,43%
	5 à 10 ans	117	22,41%
	10 à 15 ans	25	4,79%
	15 à 20 ans	8	1,53%
	20 à 25 ans	12	2,30%
	25 à 30 ans	5	0,96%
	Plus de 30 ans	3	0,57%
Nombre d'employé(e)s supervisé(e)s	Moins de 50 employé(e)s	322	61,69%
	Entre 50 et 99 employé(e)s	117	22,41%
	Entre 100 et 149 employé(e)s	33	6,32%
	Entre 150 et 199 employé(e)s	13	2,49%
	Entre 200 et 249 employé(e)s	2	0,38%
	Entre 250 et 299 employé(e)s	7	1,34%
	Entre 300 et 349 employé(e)s	3	0,57%
	Entre 350 et 399 employé(e)s	2	0,38%
	Plus de 400 employé(e)s	13	2,49%
	N/A	10	1,92%

Tableau 17. Caractéristiques professionnelles de l'échantillon

Annexe I : Statistiques descriptives détaillées

		Moy	ÉT	Min	Q1	Méd	Q3	Max
Influence idéalisée (comportements)	**LTF**	3,69	0,76	1,50	3,25	3,75	4,25	5,00
Influence idéalisée (attribuée)	**LTF**	3,94	0,74	1,25	3,50	4,00	4,50	5,00
Inspiration au dépassement	**LTF**	3,87	0,71	1,50	3,50	4,00	4,25	5,00
Stimulation intellectuelle	**LTF**	3,67	0,74	1,00	3,25	3,75	4,25	5,00
Considération individualisée	**LTF**	3,42	0,81	1,00	2,75	3,50	4,00	5,00
Leadership transformationnel	**LTF**	3,72	0,67	1,65	3,35	3,80	4,20	5,00
Justice procédurale	**JO**	3,95	0,77	1,00	3,50	4,25	4,50	5,00
Justice distributive	**JO**	3,55	0,87	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00
Justice interactionnelle	**JO**	3,39	0,90	1,00	2,71	3,57	4,14	5,00
Justice organisationnelle	**JO**	3,59	0,73	1,44	3,13	3,72	4,13	5,00
Engagement affectif	**EA**	5,47	1,15	1,00	4,83	5,75	6,25	7,00
Mot. intrinsèque à la connaissance	**MI**	5,33	1,10	1,75	4,75	5,50	6,00	7,00
Mot. intrinsèque aux stimulations	**MI**	4,45	1,23	1,25	3,50	4,50	5,25	7,00
Mot. intrinsèque à l'accomplissement	**MI**	5,26	0,99	1,25	4,75	5,25	6,00	7,00
Motivation intrinsèque	**MI (MA)**	5,01	1,01	1,42	4,42	5,08	5,75	7,00
Régulation externe	**R**	3,86	1,26	1,00	3,00	4,00	4,75	7,00
Régulation introjectée	**R**	3,90	1,26	1,00	3,00	4,00	4,75	7,00
Régulation identifiée	**R**	5,07	0,99	1,75	4,50	5,25	5,75	7,00
Régulation	**R (MA)**	4,28	0,83	1,82	3,67	4,33	4,83	6,83
Amotivation externe	**AM**	2,53	1,29	1,00	1,50	2,25	3,25	7,00
Amotivation interne	**AM**	1,68	0,78	1,00	1,00	1,33	2,00	6,67
Amotivation	**AM (MA)**	2,16	0,95	1,00	1,43	2,00	2,71	6,86
Motivation autodéterminée	**MA**	6,89	4,00	-9,01	4,63	7,26	9,90	15,88

Tableau 18. Statistiques descriptives des variables mesurées

Annexe J : Analyses ANOVA

Tableau 19. Motivation autodéterminée par groupes de participants

	Groupe	n	Moyenne	Écart-type	ANOVA	
					F	prob F
Sexe	Masculin	140	6,91	3,88	0,00	0,9688
	Féminin	382	6,89	4,06		
Âge	30 ans et moins	13	7,10	3,91	0,70	0,5943
	31 à 34 ans	40	7,05	4,39		
	35 à 44 ans	158	7,30	4,00		
	45 à 54 ans	243	6,65	3,95		
	55 ans et plus	68	6,70	4,00		
État matrimonial	Avec conjoint / avec enfant(s)	333	6,96	3,87	0,43	0,7333
	Avec conjoint / sans enfant	80	6,45	4,08		
	Sans conjoint / avec enfant(s)	67	7,10	4,39		
	Sans conjoint / sans enfant	39	6,74	4,44		
Scolarité	Secondaire	2	8,80	3,29	1,75	0,1085
	Technique	41	5,90	4,37		
	Certificat	70	6,55	4,26		
	Baccalauréat	186	6,53	3,87		
	Maitrise	191	7,49	3,84		
	Doctorat	9	8,34	3,37		
	Autre	23	6,95	4,77		
Revenu annuel brut	Entre 30 000 $ et 39 999 $	2	5,27	5,97	0,58	0,6781
	Entre 40 000 $ et 59 999 $	25	7,55	3,78		
	Entre 60 000 $ et 79 999 $	189	6,92	3,90		
	Entre 80 000 $ et 100 000 $	289	6,77	4,12		
	Plus de 100 000 $	10	8,19	2,91		
Temps d'emploi dans les RSSS	Moins de 5 ans	48	7,47	4,93	1,28	0,2654
	5 à 10 ans	55	6,58	3,76		
	10 à 15 ans	88	7,53	3,77		
	15 à 20 ans	56	7,57	3,52		
	20 à 25 ans	96	6,32	4,37		
	25 à 30 ans	99	6,70	3,71		
	Plus de 30 ans	74	6,61	4,05		

Tableau 20. Perception de la justice organisationnelle par groupes de participants

	Groupe	n	Moyenne	Écart-type	ANOVA F	ANOVA prob F
Sexe	Masculin	140	3,57	0,78	0,13	0,7152
	Féminin	382	3,60	0,72		
Âge	30 ans et moins	13	3,47	0,65	1,09	0,3593
	31 à 34 ans	40	3,50	0,80		
	35 à 44 ans	158	3,56	0,74		
	45 à 54 ans	243	3,66	0,70		
	55 ans et plus	68	3,50	0,80		
État matrimonial	Avec conjoint / avec enfant(s)	333	3,65	0,73	2,77	0,0412
	Avec conjoint / sans enfant	80	3,44	0,69		
	Sans conjoint / avec enfant(s)	67	3,58	0,71		
	Sans conjoint / sans enfant	39	3,40	0,83		
Scolarité	Secondaire	2	3,33	1,00	0,40	0,8774
	Technique	41	3,60	0,81		
	Certificat	70	3,64	0,74		
	Baccalauréat	186	3,59	0,70		
	Maîtrise	191	3,60	0,75		
	Doctorat	9	3,28	1,00		
	Autre	23	3,51	0,66		
Revenu annuel brut	Entre 30 000 $ et 39 999 $	2	4,22	0,57	0,68	0,6030
	Entre 40 000 $ et 59 999 $	25	3,51	0,88		
	Entre 60 000 $ et 79 999 $	189	3,61	0,73		
	Entre 80 000 $ et 100 000 $	289	3,59	0,72		
	Plus de 100 000 $	10	3,37	0,72		
Temps d'emploi dans les RSSS	Moins de 5 ans	48	3,61	0,79	0,71	0,6439
	5 à 10 ans	55	3,49	0,69		
	10 à 15 ans	88	3,56	0,71		
	15 à 20 ans	56	3,70	0,72		
	20 à 25 ans	96	3,58	0,83		
	25 à 30 ans	99	3,68	0,71		
	Plus de 30 ans	74	3,54	0,65		

Tableau 21. Engagement affectif par groupes de participants

	Groupe	n	Moyenne	Écart-type	ANOVA F	ANOVA prob F
Sexe	Masculin	140	5,41	1,22	0,44	0,5060
	Féminin	382	5,49	1,12		
Âge	30 ans et moins	13	5,52	1,02	0,86	0,4857
	31 à 34 ans	40	5,55	1,14		
	35 à 44 ans	158	5,53	1,08		
	45 à 54 ans	243	5,48	1,17		
	55 ans et plus	68	5,24	1,23		
État matrimonial	Avec conjoint / avec enfant(s)	333	5,53	1,15	1,53	0,2049
	Avec conjoint / sans enfant	80	5,23	1,18		
	Sans conjoint / avec enfant(s)	67	5,45	1,05		
	Sans conjoint / sans enfant	39	5,53	1,16		
Scolarité	Secondaire	2	4,46	3,59	1,57	0,1537
	Technique	41	5,20	1,13		
	Certificat	70	5,52	1,14		
	Baccalauréat	186	5,38	1,20		
	Maîtrise	191	5,59	1,09		
	Doctorat	9	5,98	0,72		
	Autre	23	5,33	1,03		
Revenu annuel brut	Entre 30 000 $ et 39 999 $	2	5,88	0,18	0,71	0,5882
	Entre 40 000 $ et 59 999 $	25	5,18	1,20		
	Entre 60 000 $ et 79 999 $	189	5,42	1,18		
	Entre 80 000 $ et 100 000 $	289	5,52	1,13		
	Plus de 100 000 $	10	5,30	1,12		
Temps d'emploi dans les RSSS	Moins de 5 ans	48	5,64	0,99	1,23	0,2891
	5 à 10 ans	55	5,30	1,22		
	10 à 15 ans	88	5,56	1,02		
	15 à 20 ans	56	5,69	0,98		
	20 à 25 ans	96	5,44	1,20		
	25 à 30 ans	99	5,29	1,24		
	Plus de 30 ans	74	5,48	1,23		

Annexe K : Analyses supplémentaires sur les hypothèses de recherche

Tableau 22. Matrice de covariance des variables à l'étude

	LTF	JO	EngAf	MotAD
Leadership transformationnel	0,450436			
Justice organisationnelle	0,265054	0,536868		
Engagement affectif	0,166429	0,274178	1,31432	
Motivation autodéterminée	0,716597	1,23803	1,24647	16,0382

Tableau 23. Matrice de corrélation des variables (Hommes, n=140)

	Coefficient	LTF	JO	EngAf	MotAD
Leadership transformationnel	r de Pearson	1,0000			
	Sig. (bilatérale)				
Justice organisationnelle	r de Pearson	0,5490	1,0000		
	Sig. (bilatérale)	0,0000			
Engagement affectif	r de Pearson	0,3379	0,4540	1,0000	
	Sig. (bilatérale)	0,0000	0,0000		
Motivation autodéterminée	r de Pearson	0,2746	0,4291	0,2865	1,0000
	Sig. (bilatérale)	0,0010	0,0000	0,0006	

Tableau 24. Matrice de corrélation des variables (Femmes, n=382)

	Coefficient	LTF	JO	EngAf	MotAD
Leadership transformationnel	r de Pearson	1,0000			
	Sig. (bilatérale)				
Justice organisationnelle	r de Pearson	0,5351	1,0000		
	Sig. (bilatérale)	0,0000			
Engagement affectif	r de Pearson	0,1666	0,2707	1,0000	
	Sig. (bilatérale)	0,0011	0,0000		
Motivation autodéterminée	r de Pearson	0,2640	0,4203	0,2667	1,0000
	Sig. (bilatérale)	0,0000	0,0000	0,0000	

Annexe L : Analyse statistique détaillée du modèle conceptuel

Tableau 25. Régressions sous-jacentes au modèle

		Std. Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Structural							
JO <-	LTF	0,5389936	0,0287095	18,77	0,000	0,4827239	0,5952633
	_cons	1,919365	0,2489006	7,71	0,000	1,431529	2,407201
EngAf <-	JO	0,2957241	0,0474592	6,23	0,000	0,2027057	0,3887425
	LTF	0,0569101	0,0489725	1,16	0,245	-0,0390743	0,1528944
	_cons	3,005987	0,2996819	10,03	0,000	2,418621	3,593353
MotMI <-	JO	0,3730393	0,0388088	9,61	0,000	0,2969754	0,4491031
	EngAf	0,149731	0,0411146	3,64	0,000	0,069148	0,2303141
	_cons	-0,8222234	0,2236958	-3,68	0,000	-1,260659	-0,3837877
Variance							
	e.JO	0,7094859	0,0309485			0,6513486	0,7728124
	e.EngAf	0,8911663	0,0256059			0,8423667	0,9427931
	e.MotMI	0,80196	0,0311236			0,7432212	0,8653411

Tableau 26. Indices de modification (IM) sur les chemins omis dans le modèle

		IM	df	P>IM	EPC	Std. EPC
Structural						
JO <-	MotMI	1,011	1	0,31	-0,0140719	-0,0769123
EngAf <-	MotMI	1,011	1	0,31	-0,261926	-0,9149673
MotMI <-	LTF	1,011	1	0,31	0,2796079	0,0468585
Covariance						
e.JO	e.MotMI	1,011	1	0,31	-0,1806454	-0,0817712
e.EngAf	e.MotMI	1,011	1	0,31	-3,362428	-0,8679657

Tableau 27. Test de Wald sur les équations du modèle

	chi2	df	p
JO	213,74	1	0,0000
EngAf	63,75	2	0,0000
MotAD	128,91	2	0,0000

Annexe M : Analyse statistique détaillée du modèle modifié

Tableau 28. Régressions sous-jacentes au modèle modifié

		Std. Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Structural							
JO <-	LTF	0,5389936	0,0287095	18,77	0,000	0,4827239	0,5952633
	_cons	1,919365	0,2489006	7,71	0,000	1,431529	2,407201
EngAf <-	JO	0,3263982	0,0390179	8,37	0,000	0,2499246	0,4028718
	_cons	3,170951	0,2644633	11,99	0,000	2,652613	3,68929
MotMI <-	JO	0,3730393	0,0388136	9,61	0,000	0,296966	0,4491126
	EngAf	0,149731	0,0411145	3,64	0,000	0,0691482	0,2303139
	_cons	-0,8222234	0,2236962	-3,68	0,000	-1,26066	-0,3837868
Variance							
	e.JO	0,7094859	0,0309485			0,6513486	0,7728124
	e.EngAf	0,8934642	0,0254707			0,8449116	0,9448069
	e.MotAD	0,80196	0,0311353			0,7432	0,8653658

Tableau 29. Indices de modification (IM) sur les chemins omis dans le modèle modifié

		IM	df	P>IM	EPC	Std. EPC
Structural						
JO <-	EngAf	1,343	1	0,25	-0,0535865	-0,083844
JO <-	MotAD	1,376	1	0,24	-0,0161903	-0,0884907
EngAf <-	LTF	1,343	1	0,25	0,0972127	0,0569101
MotMI <-	LTF	1,009	1	0,32	0,2788888	0,046738
Covariance						
e.JO	e.EngAf	1,343	1	0,25	-0,0628059	-0,094089
e.JO	e.MotAD	1,009	1	0,32	-0,1801808	-0,0815609

Tableau 30. Test de Wald sur les équations du modèle modifié

	chi2	df	p
JO	213,74	1	0,0000
EngAf	62,24	1	0,0000
MotAD	128,91	2	0,0000


D0221983 3