



Université du Québec
à Rimouski

**LE LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIÈRES
DE LA RELÈVE AU QUÉBEC ET L'INFLUENCE DU
SOUTIEN ORGANISATIONNEL**

Mémoire présenté

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

PAR

© **JULIE MARANDA**

Août 2022

Composition du jury :

Ouellet, Nicole, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Lessard, Lily, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Ha, Laurence, examinatrice externe, Université de Montréal

Dépôt initial le 28 avril 2022

Dépôt final le 31 août 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

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

Le travail d'équipe permet à des
personnes ordinaires de faire des choses
extraordinaires –

Andrew Carnegie.

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements sont destinés à ma directrice de mémoire, M^{me} Lily Lessard. Chère Lily, je te suis infiniment reconnaissante pour ton accompagnement tout au long de ce projet de mémoire. Tu n'as jamais douté que je terminerais enfin un jour, et ce, malgré mes propres doutes. Merci pour toutes les heures consacrées à la révision de mes nombreux brouillons et de ton temps pour échanger et me redonner le petit « kick » pour continuer. Merci d'avoir été ma coéquipière dans cette aventure.

Également, je souhaite remercier les membres du jury qui ont accepté de corriger et commenter mon mémoire, M^{me} Nicole Ouellet et M^{me} Laurence Ha. Votre temps est bien apprécié.

Je souhaite grandement remercier les organismes qui m'ont remis des bourses. Ce coup de pouce m'a permis de mettre davantage l'accent sur l'avancement de mes études en diminuant le fardeau financier et en me permettant de bénéficier de journées de congé d'étude. Je souhaite ainsi remercier le Syndicat des professeurs et des professeures de l'Université du Québec à Rimouski, corps professoral et des employés(es) de soutien du département de sciences infirmières à l'UQAR et enfin, l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la région de Québec.

Le processus de mémoire est comme un voilier en mer, ce fut long, difficile et il aura été nécessaire de s'accrocher très fort à certains moments (clin d'œil aux vagues de COVID-19), mais ce fut aussi une belle aventure où j'ai découvert des personnes incroyables. Merci pour les rencontres, le travail, les opportunités, les défis, les découvertes, merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue et qui, de près ou de loin, ont participé à la réussite de ce projet. Merci à la communauté de Thèsez-vous, pour le petit « push » de motivation nécessaire via les retraites de rédactions, les belles rencontres dans les cafés et les fameuses tomates.

Sur une note plus personnelle, cette réussite, je la dois également à ma famille, mes amis et mes collègues. Merci pour vos encouragements, vos repas, votre écoute et vos bons mots. Merci Chloé et Valérie pour les « peptalk », merci à la « gang » du Bac pour votre accompagnement au fil des années, merci Christine et Frédérique pour votre écoute, merci aux jeunes de Beauceville pour les encouragements chaleureux et enfin, merci Étienne pour ton rappel hebdomadaire « Pis as-tu fini là ! » je peux enfin te répondre oui !!

À tous, un très grand merci !

AVANT-PROPOS

Depuis la fin de mon Baccalauréat en 2011, j'ai comme objectif personnel de m'impliquer au sein de ma profession pour la faire progresser et rayonner davantage. Au gré des dernières années, par un intérêt marqué pour le leadership des infirmières, j'ai cumulé les implications auprès de différents comités afin de prendre ma place comme nouvelle infirmière, m'entourer d'un réseau incroyable d'infirmières les plus exceptionnelles les unes que les autres et évoluer tout en apprenant auprès de celles-ci.

Ainsi, depuis 2012, je me suis impliquée auprès de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ). J'ai assuré la présidence du comité jeunesse de l'ORIIQ pendant 3 ans, j'ai fait partie du conseil d'administration pendant six ans et j'ai fondé le comité relève infirmière au CHU de Québec – Université Laval en 2015. Je suis présentement impliquée auprès du conseil des infirmières et infirmiers de mon organisation depuis 4 ans et nouvellement gestionnaire dans le réseau.

La préoccupation professionnelle motivant ma démarche de recherche est le souhait que les infirmières de la relève prennent leur place dans les équipes de soins et s'approprient pleinement leur rôle afin de répondre aux défis d'accessibilité aux services, de collaboration interdisciplinaire ainsi que de qualité et de sécurité des soins. Je souhaite aussi que les jeunes infirmières demeurent dans la profession et entendent positivement leur carrière. Ceci m'a donc amenée à m'intéresser à la notion de leadership clinique et celle du soutien organisationnel. Avec mes nouvelles fonctions de gestionnaire, mon regard évolue et le souhait de permettre une intégration adéquate des infirmières pour leur permettre d'exercer leur leadership est plus fort que jamais et influence nécessairement les recommandations à la fin de ce mémoire.

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs de recherche. Le leadership clinique (LC) réfère à l'aptitude à orienter, soutenir, coordonner pour accomplir les objectifs cliniques partagés par l'équipe de soins et le patient. Il est façonné par les ressources personnelles et varie en fonction de l'engagement des infirmières envers leur organisation. Ce type de leadership est associé à des éléments favorables autant chez les patients, qu'auprès des équipes de soins. Les études se contredisent toutefois quant à la capacité des infirmières de la relève d'exercer leur leadership clinique. Cette recherche s'est donc intéressée à 1) Mesurer le niveau de LC chez les infirmières de la relève; 2) Évaluer le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève dans l'exercice de leur rôle professionnel et 3) Vérifier l'existence d'un lien entre le LC des infirmières et le soutien organisationnel des infirmières de la relève. **Méthode.** Un devis quantitatif descriptif a permis de questionner 78 infirmières dans le cadre d'un questionnaire en ligne. Les 25 questions du *Clinical Leadership Survey* de Patrick et al. (2011) ont permis de documenter cinq dimensions liées au leadership clinique soit le fait de : 1) questionner le processus; 2) inspirer une vision à partager; 3) permettre aux autres d'agir; 4) donner l'exemple et 5) encourager le travail fait avec cœur. Pour mesurer le soutien organisationnel perçu (SOP), l'*Organizational Environment Assessment* comportant six questions a été utilisé (Tourangeau & McGilton, 2004). **Résultats et discussion.** Le score global du LC ($M = 59,9/75$, $ÉT = 5,8$) indique que les infirmières de la relève se perçoivent comme des leaders dans leur pratique clinique au quotidien. En général, les participant.es de l'étude percevaient leur LC plutôt élevé. La dimension 3 « Permettre aux autres d'agir » ($M = 13,3/15$, $ÉT = 1,3$) est la dimension la plus fréquemment réalisée comparativement à celle « Encourager le travail fait avec cœur » qui réfère à la reconnaissance de l'infirmière des valeurs liées à la profession infirmière chez ses collègues, la capacité à leur fournir des rétroactions positives et célébrer les réussites ($M = 10,1/15$, $ÉT = 2,7$) qui était plutôt faible. Pour ce qui est du SOP dans l'environnement de travail le résultat était plutôt moyen ($M = 15,8/24$, $ÉT = 3,8$). L'analyse entre les scores globaux de LC et ceux du SOP présente une corrélation modérée ($r = 0,266$, $p = 0,019$). **Conclusion.** Les résultats mettent de l'avant que les infirmières de la relève exercent leur leadership clinique dans un environnement considéré soutenant.

Mots clés : Leadership clinique, infirmière de la relève, relève infirmière, leader clinique, soutien organisationnel perçu.

ABSTRACT

Context and research objectives. Clinical leadership (CL) refers to the ability to guide, support, and coordinate with others to achieve the clinical goals shared by the healthcare team and the patient. It is shaped by personal resources and varies according to nurses' commitment to their organization. This type of leadership is associated with positive elements for both users and healthcare teams. However, studies contradict each other regarding the ability of new-generation nurses to exercise clinical leadership. Therefore, the present research was interested in: 1) Measuring the level of CL of new-generation nurses; 2) Assess the organizational support available to new nurses in their professional role and 3) Verifying the existence of a link between the CL of nurses and their perceived organizational support. **Method.** A descriptive quantitative design was used to survey 78 nurses through an online questionnaire. The 25 questions of the *Clinical Leadership Survey* of Patrick et al. (2011) were used to document five dimensions related to clinical leadership: 1) challenging the process; 2) inspiring a shared vision; 3) enabling others to act; 4) modeling the way and 5) encouraging the heart. To measure the perceived organizational support (POS), the *Organizational Environment Assessment questionnaire*, which includes six questions, was used (Tourangeau & McGilton, 2004). **Results and discussion.** The overall CL score ($M = 59.9/75$, $SD = 5.8$) indicates that the new-generation nurses perceive themselves as leaders in their daily clinical practice. Overall, the participants in the study perceived their CL as being relatively high. Dimension 3, "enable others to act" ($M = 13.3/15$, $SD = 1.3$), was the goal most commonly achieved, while "encourage the heart" ($M = 10.1/15$, $SD = 2.7$), the dimension referring to nurses' recognition of nursing values among their colleagues and their ability to provide them with positive feedback and celebrate successes, had a rather low score. As for the POS in the work environment, the result was relatively average ($M = 15.8/24$, $SD = 3.8$). The analysis between the overall CL scores and the POS scores showed moderate correlation ($r = 0.266$, $p = .019$). **Conclusion.** The results indicate that new-generation nurses are exercising clinical leadership in an environment that is considered supportive.

Keywords: Clinical leadership, nursing clinical leader, nursing clinical leadership, staff nurse clinical leadership, perceived organizational support, new nurses, new graduate nurses.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
AVANT-PROPOS.....	xi
RÉSUMÉ.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
TABLE DES MATIÈRES.....	xvii
LISTE DES TABLEAUX.....	xxi
LISTE DES FIGURES.....	xxiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xxv
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 PROBLÈME DE RECHERCHE : RELÈVE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC ET LEADERSHIP CLINIQUE.....	3
1.2 PERTINENCE DE LA RECHERCHE.....	7
CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIÈRES.....	9
2.1 DEFINITION DU LEADERSHIP CLINIQUE.....	10
2.1.1 Article : Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec.....	10
2.1.2 Compléments à l'article de 2017 sur les attributs et études sur le leadership clinique des infirmières.....	25
2.2 SOUTIEN ORGANISATIONNEL.....	31
2.3 QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	33
CHAPITRE 3 CADRE DE RÉFÉRENCE.....	35
3.1 CADRE CONCEPTUEL.....	35
3.1.1 Le leadership selon Kouzes et Posner (1995) et application au leadership clinique des infirmières.....	35
3.1.2 Soutien organisationnel.....	38

3.2	LIENS ENTRE LES CONCEPTS À L'ÉTUDE.....	39
CHAPITRE 4 MÉTHODES.....		41
4.1	DEVIS DE RECHERCHE	41
4.2	POPULATION, ECHANTILLON ET RECRUTEMENT.....	41
4.3	OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES ET VARIABLE À L'ÉTUDE.....	43
	4.3.1 Nature du questionnaire	43
	4.3.2 Autorisation d'utilisation et traduction du CLS et OEA.....	48
4.4	ANALYSE DES DONNEES	49
4.5	CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	50
CHAPITRE 5 RÉSULTAT.....		53
5.1	PROFILS DES REpondANTS DE L'ECHANTILLON.....	53
5.2	ANALYSES STATISTIQUES	56
	5.2.1 Mesures du Leadership clinique	56
	5.2.2 Soutien organisationnel.....	57
5.3	ANALYSE DE CORRÉLATION ENTRE LE LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIÈRES ET LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL PERÇU.....	58
	5.3.1 Analyses complémentaires exploratoires.....	58
CHAPITRE 6 DISCUSSION.....		59
6.1	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	59
6.2	MESURE DU NIVEAU DE LEADERSHIP CLINIQUE CHEZ LES INFIRMIÈRES DE LA RELÈVE.....	60
6.3	SOUTIEN ORGANISATIONNEL DANS L'EXERCICE DE LEUR RÔLE	66
6.4	LIEN ENTRE LE LEADERSHIP CLINIQUE ET LA PERCEPTION DU SOUTIEN ORGANISATIONNEL	68
6.5	LIMITES DE L'ETUDE	69
6.6	RECOMMANDATIONS	72
	6.6.1 Recommandations pour la formation.....	73
	6.6.2 Recommandations pour la pratique clinique.....	73

6.6.3 Recommandations pour la gestion.....	74
6.6.4 Recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	75
CONCLUSION.....	77
ANNEXE I Communication de recrutement.....	79
ANNEXE II Affiche promotion de l'étude.....	81
ANNEXE III Questionnaire <i>Clinical leadership survey</i>	83
ANNEXE IV Questionnaire <i>Organizational environment assessment</i>	87
ANNEXE V Autorisation traduction et utilisation OEA.....	89
ANNEXE VI Questionnaire sociodémographique	91
ANNEXE VII Certificat d'éthique	95
ANNEXE VIII Scores moyens du CLS, de ses dimensions et résultats de ses questions	97
ANNEXE IX Scores moyens de l'OEA et résultats des questions individuelles	99
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les activités des infirmières et infirmiers au Québec	20
Tableau 2. Pratiques exemplaires du leadership de Kouzes et Posener (2011) et attributs du leadership clinique de Patrick et al. (2011)	37
Tableau 3. Attributs du leadership clinique et des questions du CLS (Patrick et al., 2011)	45
Tableau 4. Caractéristiques associées à l'expérience (N = 78).....	54
Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques lié à la formation, à l'emploi et au lieux de pratique de l'échantillon (N = 78).....	55
Tableau 6. Scores moyens du CLS, de ses dimensions et de ses questions.....	57
Tableau 7. Score moyens de l'OEA et des questions individuelles.....	58
Tableau 8. Résumé de différentes études quantitatives	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Cadre de compétence du leadership Clinique du NHS (2010).....	15
Figure 2. Composantes du leadership clinique (Chávez & Yoder, 2015)	16
Figure 3. Liens entre les concepts à l'étude.....	39

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIIAO	Association des infirmières autorisées de l'Ontario
ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
CER	Comité d'éthique de la recherche
CLS	<i>Clinical leadership survey</i>
LC	Leadership clinique
LPI	<i>Leadership Practices Inventory</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OEA	<i>Organizational Environment Assessment</i>
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmier du Québec
ORIIQ	Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIDIEF	Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone
SOP	Soutien organisationnel perçu
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au Québec, les infirmières¹ représentent une grande partie de la main-d'œuvre en action dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Elles étaient 74 467 inscrites au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en 2020-2021 (OIIQ, 2021a). Ces professionnelles de la santé, par leur nombre et leur formation, peuvent contribuer significativement à relever les défis rencontrés par le système de soins, dont ceux de l'accessibilité aux services de santé et de la qualité et la sécurité des soins (OIIQ, 2014).

Il est toutefois observé dans plusieurs milieux de soins que les infirmières nouvellement formées n'utilisent pas toutes les connaissances acquises dans le cadre de leur formation et qu'elles n'occupent pas complètement leur champ de pratique. Le fait qu'une infirmière ne s'approprie pas pleinement son rôle peut avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins. Pourtant, l'infirmière qui vient de graduer possède une formation clinique poussée et actualisée répondant aux standards et aux normes de l'exercice de la profession infirmière au Québec. Les hypothèses derrière cette observation sont que les infirmières ne font peut-être pas preuve de suffisamment de leadership clinique nécessaire au déploiement et à l'exercice de leur plein rôle ou si ce leadership clinique est présent, il est négativement influencé par les environnements de travail moins soutenant.

Le thème de ce mémoire porte sur l'exercice du leadership clinique par les infirmières de la relève dans leur pratique ainsi que l'influence du soutien organisationnel sur celui-ci. Les objectifs étaient de 1) Mesurer le niveau de leadership clinique de ces infirmières; 2) Évaluer le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève dans l'exercice de leur rôle professionnel et 3) De vérifier l'existence d'un lien entre le leadership clinique des

¹ Il est à noter que pour alléger le texte pour ce mémoire, le féminin est utilisé pour désigner spécifiquement les infirmières et les infirmiers, les étudiantes et les étudiants, de même que les participantes et participants. Il inclut donc le genre masculin.

infirmières et le soutien organisationnel. Cette étude s'inscrit dans un devis quantitatif de type descriptif. Les retombées sont des recommandations à l'égard de la formation, de la pratique clinique, de la gestion et de la recherche en sciences infirmière.

Ce mémoire se divise en six chapitres. Le premier traite du problème de recherche, soit de l'exercice du leadership de la relève infirmière au Québec et des liens avec le soutien organisationnel dont elle bénéficie. Il se termine par la pertinence de cette recherche pour la discipline infirmière. Le deuxième chapitre débute par la présentation d'un article sur le leadership clinique en 2017 et est suivi par des compléments d'information sur ce concept tirés de la littérature. Une revue de la notion de soutien organisationnel est également présentée. Le troisième chapitre, pour sa part, présente les concepts à l'étude ainsi que leurs définitions. La relation entre les concepts est également présentée. Le quatrième chapitre décrit la méthodologie utilisée de cette recherche en abordant le devis, la population à l'étude, la constitution de l'échantillon. C'est dans le cinquième chapitre que sont présentés les résultats de l'étude soit le score moyen et les analyses statistiques du leadership clinique suivi de ceux touchant le soutien organisationnel. À la fin de ce chapitre, les liens entre les concepts à l'étude sont présentés. Au sixième et dernier chapitre, les résultats sont discutés et l'implication de cette étude pour divers aspects de la profession infirmière sont apportés.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre sur la problématique de recherche comprend deux sections. La première traite du problème de recherche, soit l'exercice du leadership de la relève infirmière au Québec et plus précisément sur leadership clinique. Elle se termine avec les questions de recherches. La deuxième section expose la pertinence de la recherche pour le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et la discipline infirmière.

1.1 PROBLÈME DE RECHERCHE : RELÈVE INFIRMIÈRE AU QUÉBEC ET LEADERSHIP CLINIQUE

La relève infirmière en action constitue une pierre angulaire du système de santé québécois actuel (OIIQ, 2012). Au cours des dix dernières années, près de 35 500 recrues ont rejoint la profession infirmière et 38 % d'entre elles travaillent à temps complet principalement dans le RSSS (95 %). Ces infirmières de la relève, soit celles cumulant moins de cinq ans d'expérience de travail, exercent principalement dans les domaines généraux et spécialisés (73 %) tels que la médecine, la chirurgie, les soins en gériatrie de longue durée, la périnatalité, l'oncologie, la pédiatrie et les soins ambulatoires (OIIQ, 2020)

Dès leur entrée dans la profession, les infirmières détiennent une formation de niveau collégial ou universitaire qui respecte les standards d'intégration à la profession établis par l'OIIQ. Le rôle de l'infirmière est toutefois en constante évolution et l'infirmière d'aujourd'hui doit s'adapter aux différentes réalités de son milieu et ajuster sa pratique en conséquence. Les soins sont maintenant plus complexes en raison d'une population vieillissante présentant souvent plusieurs comorbidités et une évolution constante des traitements et des

technologies. Pour s'assurer que la population puisse recevoir des soins de qualité, l'infirmière de la relève doit faire appel aux différentes connaissances acquises lors de son parcours scolaire et mobiliser celles-ci dès son arrivée sur le marché du travail. L'infirmière doit notamment être capable, dès son entrée dans la profession, d'assumer pleinement son champ d'exercice et les activités qui s'y rattachent pour intervenir dans des situations complexes de soins, et ce, dans les différents secteurs d'activités (OIIQ, 2012). Or, les infirmières n'accompliraient pas, notamment de façon systématique, des activités centrales à la profession comme l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (Berkow et al., 2009; Déry et al., 2021; Office des professions du Québec, 2003). Le tout est également observé depuis quelques années par les infirmières et les gestionnaires d'ici et d'ailleurs (Chappell & Richards, 2015).

Des générations de nouvelles infirmières sont formées et aptes à intervenir plus efficacement auprès des patients à travers diverses interventions tel qu'une évaluation de l'état de santé plus rigoureuse ou une meilleure coordination des soins, mais ne le font pas (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIIDEF), 2021b, p.8).

En effet, différents travaux sur l'étendue de la pratique infirmière au Québec auprès d'infirmières de tous âges indiquent que celles-ci n'utiliseraient pas toutes les connaissances acquises en cours de formation et qu'elles ne pratiquent pas à leur plein potentiel en lien avec leurs champs de pratique réservés (D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2016, 2018; Loversidge et al., 2018; Morin & Lessard, 2019). D'autres études menées sur le sujet indiquent que l'étendue de la pratique des infirmières serait sous-optimale, et ce, au profit d'autres activités de soins qui ne requièrent pas nécessairement les compétences et les connaissances faisant partie du champ de pratique de l'infirmière (Déry et al., 2018; Roy, 2015). Le fait qu'une infirmière ne s'approprie pas pleinement son rôle infirmier impacte la qualité des soins ainsi que différents aspects qui entourent l'évaluation de l'état de santé du patient (Eagar et al., 2010).

Parmi les stratégies pouvant optimiser la pleine étendue de la pratique infirmière figurent le fait de miser sur le développement et le renforcement continu de la compétence

de leadership clinique en plus de miser sur la création d'une culture organisationnelle positive et un environnement de travail qui soutient le développement des compétences (Morin & Lessard, 2019; Roy, 2015). Ce type de leadership réfère à l'aptitude à orienter, à soutenir, à coordonner et à exercer une influence significative pour le patient, sa famille et les autres membres de l'équipe soignante lors de la prestation de soins, même si aucune forme d'autorité officielle ne lui a été dévolue, et ce, dans le but d'accomplir les objectifs cliniques partagés par l'équipe de soins (Chávez & Yoder, 2015). En plus de contribuer à une plus grande étendue de la pratique, des associations positives sont aussi faites entre la présence d'un leadership clinique infirmier fort et une plus grande satisfaction des patients au regard aux soins prodigués, soit la diminution des effets indésirables liés aux soins, l'amélioration de leur qualité et à de meilleurs résultats des interventions effectuées auprès des patients (Aiken et al., 2011; Wong et al., 2013). Par ailleurs, le leadership clinique est cité comme étant un outil précieux permettant de combler le fossé entre la théorie et la pratique au quotidien dans la formation infirmière nouvellement embauchée (Demeh & Rosengren, 2015). Il s'agit, de plus, d'une forme de leadership pouvant être déployé par les infirmières de la relève puisqu'il n'est pas associé à une fonction particulière ou une position de leadership formel.

Les études se contredisent toutefois quant à la capacité des infirmières de la relève d'exercer leur leadership clinique. Ainsi, une étude menée par Berkow et al. (2009) met en évidence que les gestionnaires responsables des nouvelles infirmières diplômées se disent peu satisfaits des compétences de leadership clinique des infirmières de la relève. Ils ont, entre autres, rapporté des difficultés sur la prise de décision concernant la priorisation des soins et sur ce qui touche l'interprétation des données cliniques plus précisément, le raisonnement clinique. Berkow et al. (2009) rapportent donc qu'un soutien continu est nécessaire auprès des infirmières de la relève. Deux autres études suggèrent, quant à elles, que les compétences en leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées s'améliorent considérablement au cours de leur première année de pratique indépendamment de toute intervention sur le sujet (Bartlett et al., 2000; Chappell & Richards, 2015). Ces différences observées pourraient s'expliquer par le fait que le leadership infirmier est façonné

par les ressources personnelles et le caractère unique de chacun et varie en fonction de l'engagement des infirmières envers leur organisation et leur satisfaction au travail (Barlow, 2013). Le leadership infirmier est donc influencé par la culture organisationnelle, les valeurs et les ressources de soutien, ainsi que, plus largement, par les politiques et les contextes socioculturels et professionnels (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), 2013). Plusieurs rapports récents mentionnent d'ailleurs l'importance de la mise en place d'interventions visant l'amélioration de l'environnement de travail des infirmières et que cette analyse d'amélioration devrait être une priorité afin que les infirmières puissent maximiser leur contribution à la santé des populations (National Academies of Sciences, Engineer and Medecine, 2021; OIIQ, 2021b; SIIDEF, 2021a, 2021b). Lorsqu'elles travaillent dans un environnement soutenant, les infirmières sont en mesure de construire et développer leur compétence professionnelle, dont celle de leadership clinique (Chávez & Yoder, 2015). Une récente étude de Booher et al. (2021), sur la perception des infirmières de leur propre leadership, a toutefois mis en évidence des besoins d'accompagner les infirmières dans leur prise de conscience à l'effet qu'elles sont des leaders au quotidien et que ce leadership contribue à la qualité des soins et la transformation des soins de santé, car celles-ci ne le réalisent pas (Booher et al., 2021).

Les éléments de cette problématique réunis mettent en évidence l'importance de s'intéresser à la relève infirmière au Québec, car si nous modifions la perception du leadership, les environnements de travail, la formation et la pratique infirmière au quotidien, les infirmières du futur pourraient être en mesure d'exercer à leur plein potentiel et d'offrir des soins de qualité aux patients. Le tout mène donc aux questions de recherche suivantes : les infirmières de la relève font-elles preuve de leadership clinique dans leur pratique et si oui, le soutien organisationnel influence-t-il leur niveau de leadership clinique?

1.2 PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Le Québec, à l'instar de plusieurs provinces canadiennes et d'autres pays dans le monde, doit faire face à une pénurie de personnel infirmier. Le Conseil international des infirmières (2021) considère que le manque d'infirmières est l'un des plus graves obstacles à la réalisation d'objectifs qui visent à améliorer la santé et le bien-être de la population. Il s'avère donc nécessaire de porter une attention particulière à la rétention des infirmières de la relève. Par ailleurs, l'exercice au quotidien de leadership dans les milieux de travail par les infirmières permet de favoriser la rétention du personnel et le sentiment d'appartenance à l'organisation (AIIAO, 2013). Rappelons que le début de carrière peut être difficile pour les infirmières de la relève. Ce sont les premières expériences qui seraient les plus déterminantes, car, c'est dans la première année de pratique que le rôle infirmier se développe ainsi que le leadership (Tapping et al., 2013). Cette recherche, qui propose de mieux comprendre l'exercice du leadership clinique par les infirmières de la relève, permettra de formuler des recommandations pour la pratique et la gestion visant à accroître leur rétention dans la profession. Même chose en ce qui concerne le soutien organisationnel dont elles bénéficient. En effet, dans deux avis émis par le Comité jeunesse de l'OIIQ (2018a, 2018b), les principales préoccupations des infirmières de la relève étaient associées à des problèmes d'intégration dans leurs milieux ainsi qu'au manque de soutien de l'organisation et de leurs pairs. Selon le comité jeunesse, les infirmières de la relève vivent des difficultés de transition entre les milieux d'enseignements et les milieux cliniques. On assiste aussi à des périodes d'intégration sous-optimales dans les milieux et par le fait même une intégration difficile. Au Québec, le nombre de postes dédiés au soutien clinique a d'ailleurs diminué en raison notamment de la dernière réforme qu'a subie le système de santé (OIIQ, 2021b). À cela s'ajoute une hypothèse d'un manque de soutien des organisations et des gestionnaires qui contribuerait à une intégration difficile dans les milieux de soins. Ce type d'environnement, qualifié de peu soutenant, nuirait grandement à la rétention des infirmières de la relève (Patrick et al., 2011). La documentation sur la façon dont les infirmières de la relève au

Québec perçoivent le soutien organisationnel, permettra d'établir des pistes de solution pour l'accroître, au cas où il s'avérerait déficient.

Rappelons qu'actuellement au Québec, cinq ans après l'obtention du permis de pratique, le taux moyen de rétention à la profession varie selon les régions entre 65 et 83 % (OIIQ, 2021a). Plus précisément, la Capitale-Nationale a un taux de rétention à 74 % ce qui en fait la sixième région au Québec avec le taux de rétention le plus bas suivi de Chaudière Appalaches et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine toutes deux à 76 % et au Bas-Saint-Laurent à 80 % (OIIQ, 2021a). Il est important de s'intéresser au leadership des infirmières de la relève, car il faut alimenter les programmes de formation infirmière pour que la relève de demain soit au fait des nouvelles connaissances sur le sujet. Le leadership est d'ailleurs l'un des six domaines de compétences du cadre national de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI, 2015). Il est également primordial de reconnaître les préoccupations des nouvelles infirmières diplômées afin d'assurer un développement adéquat de leurs compétences et contribuer à la stabilité des effectifs. (Cleary et al., 2013).

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIÈRES

Ce chapitre expose l'état actuel des connaissances sur le leadership clinique des infirmières et son lien avec le soutien organisationnel. Il abordera d'abord le concept de leadership clinique dans le cadre d'un article publié dans la revue *L'Infirmière clinicienne* en 2017. Considérant que la publication date de quelques années, une recherche complémentaire a été conduite pour actualiser les connaissances sur ce sujet. Des éléments nouveaux seront donc présentés à sa suite. Une section sur le soutien organisationnel suivra.

La recension des écrits a été réalisée à l'aide des bases de données CINHALL, MEDLINE, PubMed et ScienceDirect. Les mots clés utilisés en langue anglaise pour l'interrogation au moteur de recherche étaient : « *clinical leadership* », « *nursing clinical leader* », « *nursing clinical leadership* », « *staff nurse clinical leadership* », « *structural empowerment* » et « *organizational* ». Il est à noter que les mots clés « *new nurse* », « *new registered nurse* » et « *new graduate nurse* » utilisés initialement puisque la présente étude s'intéresse aux infirmières de la relève, n'ont finalement pas été retenus puisque très peu d'études portant sur la relève infirmière ont été repérées dans le premier tour d'horizon. Des recherches manuelles ont également eu lieu à partir des listes de références des articles retenus afin de compléter la recension des écrits pour les différents articles jugés pertinents. Les articles sélectionnés pour l'article publié dans *L'Infirmière clinicienne* et le complément qui le suit ont été publiés entre 1993 et 2021.

2.1 DÉFINITION DU LEADERSHIP CLINIQUE

L'article présenté dans cette sous-section présente une revue narrative de la littérature sur les différents types de leadership et permet de distinguer la compétence de leadership clinique en comparant celle-ci aux autres types de leadership exercés par les infirmières. Les assises conceptuelles et pratiques du leadership clinique sont également précisées à partir du modèle de développement du leadership clinique du *National Health Service* (NHS). Par ailleurs, les caractéristiques telles que les antécédents et les attributs des infirmières exerçant un leadership clinique dans leur pratique au quotidien sont également discutées.

L'article visait aussi à apporter une réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. Il a été publié en 2017 dans la revue *L'infirmière clinicienne* et s'intitule *Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec*.

2.1.1 Article : Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec

Auteure : Maranda, J. & Lessard, L. (2017). Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45 - 52.

Résumé : Les infirmières cliniciennes peuvent jouer un rôle clé au Québec pour améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins. Pour ce, elles doivent miser sur leurs nombreuses compétences, dont celle de leadership clinique. Les infirmières font preuve de leadership clinique lorsqu'elles exercent une influence positive auprès des patients, de leur famille et de l'équipe de soins afin de s'assurer que les soins et les services offerts sont intégrés et que les objectifs cliniques sont partagés et orientés vers la santé et le mieux-être des personnes. Cet article de réflexion propose de démystifier d'abord la compétence de leadership clinique en la situant par rapport aux autres types de leadership exercés par les infirmières cliniciennes. Les assises conceptuelles et pratiques du leadership clinique sont

ensuite précisées à partir du modèle conceptuel du Leadership clinique du *National Health Service* (NHS). Les caractéristiques (antécédents et attributs) des infirmières qui influencent leur capacité à faire preuve de leadership clinique dans leur pratique sont également abordées. L'article se termine en discutant des principaux obstacles à l'exercice d'un leadership clinique fort et positif par les infirmières cliniciennes au Québec, dont leur difficulté à faire valoir leur contribution auprès de la population et l'occupation parfois incomplète de leur champ de pratique.

Mots-clés : Leadership clinique, infirmières cliniciennes, transformation du système de soins.

Plus que jamais, le Québec doit, comme d'autres sociétés du monde, miser sur la contribution des infirmières pour améliorer l'accès aux soins et assurer la qualité et la sécurité de ceux-ci (Cavalière, 2014). Les infirmières cliniciennes peuvent jouer des rôles-clés dans le système de soins notamment en première ligne, en santé mentale, en prévention et en promotion de la santé. Pour ce, elles doivent miser sur les compétences acquises dans le cadre de leur formation universitaire et dans l'exercice de leur profession.

L'implication des infirmières comme acteurs majeurs dans des réseaux intégrés de soins exige d'elles de développer un ensemble de compétences clés qui sont de trois ordres : des compétences cliniques, des compétences en matière de coordination des soins et des compétences de leadership.

(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p.16)

Cet article propose une réflexion visant le développement de la compétence du leadership clinique chez les infirmières cliniciennes. Il s'adresse à ces infirmières, mais également à ceux qui les côtoient et à ceux qui les forment afin qu'elles puissent mieux prendre la place qui leur revient dans le système de soins. L'article débute en précisant les différents types de leadership des infirmières cliniciennes au Québec et précise ensuite celui de leadership clinique en s'appuyant notamment sur le modèle conceptuel du Leadership clinique développé par le *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni. L'article aborde

finalement les principaux obstacles au développement et à l'exercice d'un leadership clinique fort et positif par les infirmières cliniciennes.

Les infirmières cliniciennes et les différents types de leadership

Le leadership consiste en l'action d'influencer afin d'accomplir un but par l'utilisation judicieuse du pouvoir combiné à cette capacité d'influencer (Theofanidis & Dikatanidou, 2006). Le leadership des infirmières est façonné par leurs ressources personnelles et peut varier en fonction de leur engagement envers leur organisation, de leur satisfaction au travail, de la culture organisationnelle, des valeurs, des ressources de soutien, ainsi que des politiques et des contextes socioculturels et professionnels (AIIAO, 2013 ; Barlow, 2013)

Les lieux d'expression du leadership sont multiples pour les infirmières cliniciennes. D'abord, on pense au leadership plus conventionnel des infirmières cliniciennes exerçant des fonctions de gestion auprès des équipes de soins. La conjugaison du leadership et du pouvoir formel fait souvent référence au leadership transactionnel. Ce type de leadership est surtout associé au maintien des opérations et au rendement des organisations (Bass, 1985).

Ensuite, les écrits des deux dernières décennies portant sur le leadership infirmier sont dominés par un autre type de leadership : le leadership transformationnel (Hutchinson & Jackson, 2013). Les leaders transformationnels sont décrits comme des agents de changements qui se caractérisent par leur fort engagement à leur profession et leur organisation, par leur capacité à aider leurs coéquipiers, à regarder les vieux problèmes sous de nouvelles perspectives et à amener de nouvelles solutions, ainsi que par leurs habiletés à stimuler et motiver les membres de l'équipe à produire un effort supplémentaire pour atteindre les objectifs du groupe (Fischer, 2016 ; To et al., 2015). Ils induisent l'action avec leur entourage en communiquant leur vision aux autres de sorte qu'elle devienne une vision commune qui se transforme en but commun à l'équipe (AIIAO, 2013).

Puis, il y a aussi le leadership politique des infirmières cliniciennes qui, comme toutes les infirmières et les autres acteurs du système de soins, sont appelées à se positionner et

influencer les décisions par rapport aux enjeux importants pouvant influencer la santé des individus et des populations, leurs propres conditions de pratique, leur profession, le système de soins ou d'autres aspects de la société (Dallaire, 2008). Cette forme de leadership réfère à un leadership collectif où les infirmières participent aux processus décisionnels en développant notamment une masse critique de leaders en soins infirmiers et investissent les lieux de pouvoir et d'influence afin d'avoir un impact à une échelle plus systémique (Desrosiers, 2014; Adeniran, Bhattacharya & Adeniran, 2012).

Finalement, les infirmières cliniciennes sont appelées à faire preuve de leadership dans le cadre de leurs activités cliniques. Elles exercent notamment une influence auprès des individus, des familles ou de la population dans le cadre d'activités de promotion et d'éducation à la santé visant le maintien de la santé, la prévention de la maladie, le rétablissement des personnes ou l'accompagnement à différentes étapes de leur vie (Patrick et al., 2011). Elles considèrent ces individus, familles, populations comme de véritables partenaires de soins et partagent avec eux un but commun visant leur santé et leur mieux-être. Les infirmières cliniciennes détiennent aussi des capacités à influencer les membres de l'équipe de soins dans la visée d'améliorer l'expérience de soins des personnes et les services à une population, notamment en fondant leur pratique sur les données probantes. Ces activités font alors référence au leadership clinique des infirmières qui est abordé plus en détail dans cet article.

Le leadership clinique des infirmières cliniciennes

Définition du leadership clinique des infirmières. Le concept du leadership clinique différencie le potentiel de leadership des infirmières travaillant auprès des patients, des fonctions de leadership des infirmières associées à des positions plus formelles de gestion et d'autorité au sein de l'organisation (Chavez & Yoder, 2015). Un survol de la littérature infirmière amène à constater la nouveauté de ce concept qui fait son apparition au début des années 2000, avec une recrudescence des écrits et des recherches sur le sujet depuis les cinq à dix dernières années.

Le but du leadership clinique est d'assurer une meilleure intégration des soins et services fournis afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients (Patrick et al., 2011). Dans les écrits, le leadership clinique se définit de deux points de vue : celui de l'organisation et celui de l'infirmière. Ainsi, pour l'organisation, le leadership clinique est perçu comme « un processus du développement d'une culture locale menant à une série d'activités à accomplir pour améliorer continuellement la qualité et la sécurité de la prestation de services offerts aux personnes » [traduction libre] (Victorian Healthcare Association, 2009, p.16). Du point de vue de l'infirmière, le leadership clinique réfère davantage à son aptitude à orienter, à soutenir, à coordonner et à exercer une influence significative sur le patient, sa famille et les autres membres de l'équipe soignante lors de la prestation de soins, et ce même si aucune forme d'autorité officielle ne lui a été dévolue, et ce dans le but d'accomplir les objectifs cliniques partagés par l'équipe de soins (Chavez & Yoder, 2015).

Des relations significatives ont été observées entre la mise en œuvre d'un leadership clinique positif et des résultats favorables pour les patients, telles l'augmentation de la satisfaction, la diminution des événements indésirables et la réduction des complications lors d'épisode de soins (Chavez & Yoder, 2015, Mannix, Wilkes & Daly, 2013; Supamane, Krairiksh, Singkhumfu & Turale, 2011). Ces auteurs soutiennent également que l'exercice du leadership clinique rend la communication plus efficace entre les membres de l'équipe et améliore les relations de coordination entre les professionnels de l'équipe de soins. Les infirmières, faisant preuve de leadership clinique, gagneraient en crédibilité auprès de leurs pairs et dans leur domaine de pratique (Chavez & Yoder, 2015; Mannix et al., 2013; Supamane et al., 2011). Cette crédibilité provient de sa contribution à l'atteinte des objectifs cliniques partagés entre les membres de l'équipe, à l'efficacité de l'équipe de soins et à la qualité de vie au travail (Chavez & Yoder, 2015). L'exercice d'un leadership clinique positif est aussi associé à l'efficacité des équipes de soins en lien directement avec la qualité des opérations locales et des soins offerts aux patients (Bohmer, 2013). Il s'agit d'un ingrédient essentiel d'un milieu de travail sain pour les infirmières et il contribue à la santé des personnes, des organisations et des collectivités (Mannix et al. 2013). Le leadership clinique est donc une compétence professionnelle centrale reconnue que les infirmières doivent

développer davantage afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité auprès des patients (Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha, 2011).

Composantes du leadership clinique des infirmières. Le *National Health Service* (NHS) du Royaume-Uni a développé un cadre de compétences pour le développement du leadership clinique. Ce cadre vise une approche commune et cohérente au développement professionnel, en fonction des valeurs et des croyances professionnelles partagées, qui sont imbriquées dans les normes professionnelles (NHS, 2010). Ce cadre fournit une approche appliquée pour le développement du leadership clinique. Il a été développé au travers des consultations auprès de différents professionnels de la santé ainsi qu'auprès de patients, d'étudiants, de conseils consultatifs de différentes professions et du département de la santé (NHS, 2010). Le cadre est composé de cinq domaines, chacun assorti de quatre éléments à introduire à la pratique ainsi que des compétences visées, et ce à différentes étapes du parcours professionnel (voir figure 1).

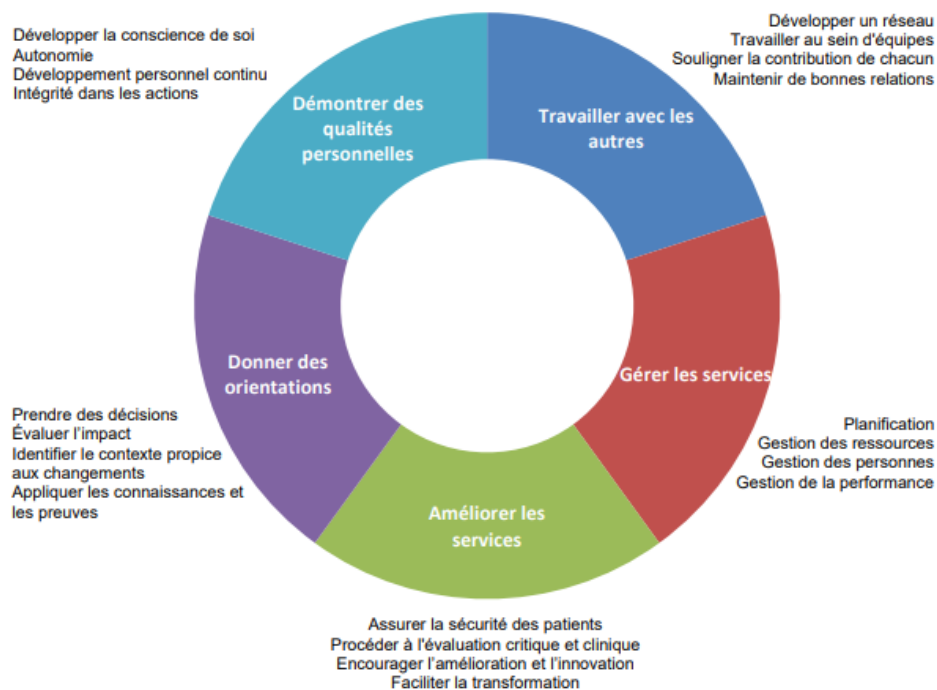


Figure 1. Cadre de compétence du leadership Clinique du NHS (2010).

Quelques années plus tard, Chávez et Yoder (2015) ont affiné cette conception des composantes du leadership clinique dans le cadre d'une revue de littérature visant à analyser ce concept. Ils ont notamment identifié les antécédents et attributs de l'infirmière essentiels au développement du leadership clinique, tel qu'illustré à la figure 2.

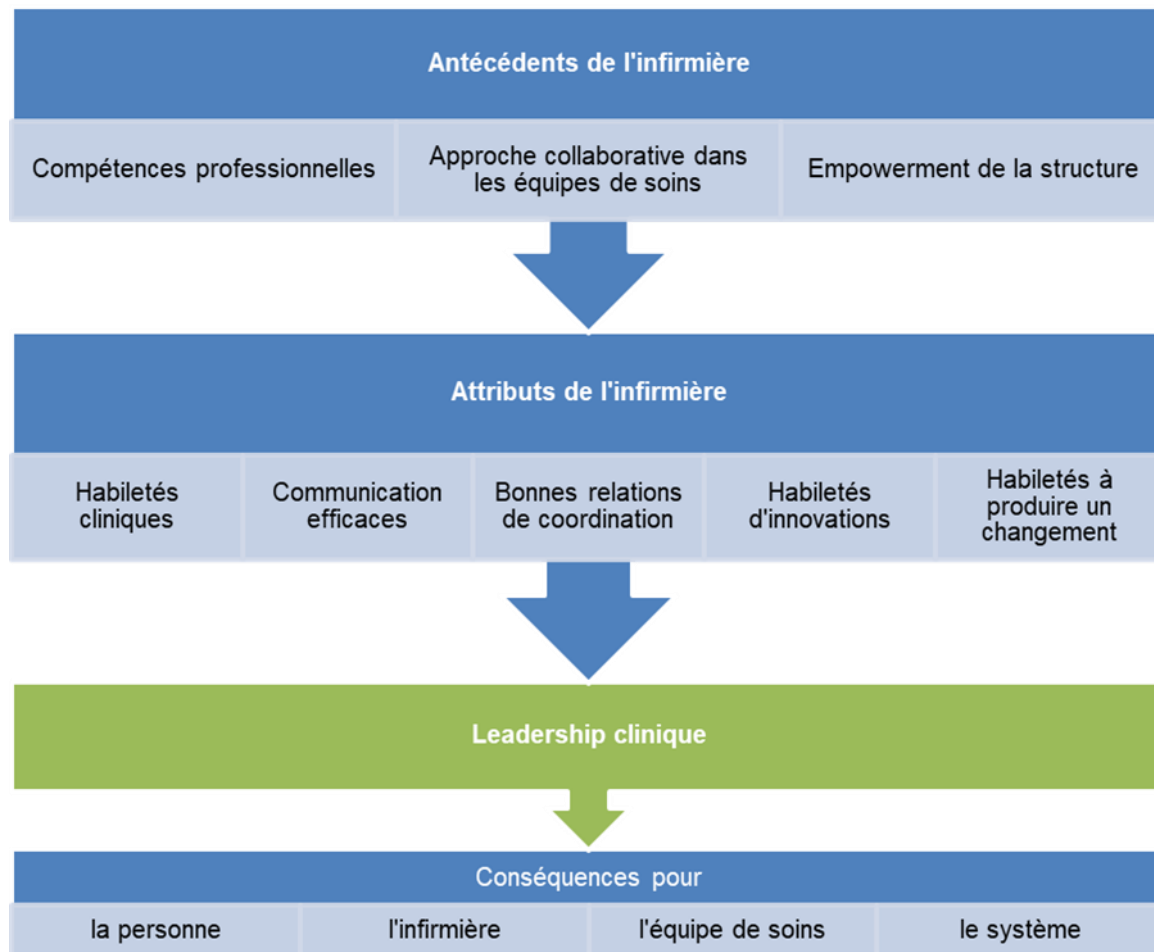


Figure 2. Composantes du leadership clinique (Chávez & Yoder, 2015).

Ces antécédents réfèrent aux compétences professionnelles de l'infirmière, à son approche collaborative avec les autres membres de l'équipe de soins et à l'*empowerment* fourni par la structure de soins. Ces antécédents influencent à leur tour les attributs de l'infirmière nécessaires pour exercer un leadership clinique positif. La reconnaissance de ces

attributs contribue également à différencier le leadership clinique des autres types de leadership en sciences infirmières. Ces attributs, réfèrent à ses habiletés cliniques, soit sa compétence clinique (savoir) et sa compétence pratique (savoir-faire) ainsi qu'à l'efficacité de l'infirmière dans sa façon de communiquer, à son sens éthique, aux bonnes relations qu'elle développe et qui facilitent la coordination, à ses habiletés d'innovations et d'amener et soutenir le changement (Mannix et al, 2013; Chávez & Yoder, 2015). La mise en action du leadership clinique par les antécédents de l'infirmière et ses attributs apporte des conséquences positives pour la personne (patient et famille), l'infirmière, l'équipe de soins et le système (milieu de travail) (Mannix et al, 2013). Un exemple d'exercice de leadership clinique est présenté à l'encadré 1.

Encadré 1 : Une infirmière clinicienne travaillant en soins à domicile visite une personne âgée ayant subi récemment une chirurgie de la hanche. Elle constate que la personne n'est pas en mesure de répondre aux objectifs de son plan de soins en raison des craintes de ressentir de la douleur qui l'empêchent de réaliser les exercices requis par sa condition. Misant sur ses compétences professionnelles en soins adaptés à la personne âgée vivant en communauté (*antécédents*) et les relations de collaboration qu'elle a développées avec les membres de l'équipe interprofessionnelle (*attributs*), elle convoque une rencontre avec eux pour discuter de l'évolution, des forces et des limites de la personne. Ses habiletés de leader clinique, l'efficacité de sa communication et de sa coordination lui permettent d'impliquer différents professionnels pour adapter le plan de soins à la personne. Le leadership clinique que déploie l'infirmière amène des conséquences positives sur le patient qui bénéficient ainsi de soins sécuritaires et adaptés à sa situation (*conséquences*).

Obstacles au leadership clinique des infirmières cliniciennes.

La formation et l'expérience des infirmières cliniciennes du Québec leur procurent la chance de devenir de véritables leaders cliniques. Elles ont ainsi l'opportunité et le pouvoir de jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins du

système de santé du pays (Adeniran et al. 2012). Or, il perdure certains obstacles qui nuisent à l'exercice du leadership clinique des infirmières cliniciennes.

En 2002, la loi 90 conférait à toutes les infirmières du Québec un champ d'exercice incluant quatorze activités réservées aux infirmières que d'autres provinces et pays nous envient (Langlois, Lauzier, Marleau & Leprohon, 2012). Dix ans plus tard, trois autres activités réservées s'ajoutaient conformément à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Langlois et al., 2012). Ces dix-sept activités sont exposées au tableau 1. À l'instar de la profession médicale, le champ d'exercice de la profession infirmière est maintenant défini de façon très large et comporte le spectre d'interventions le plus étendu parmi les professionnels de la santé (Office des professions du Québec, 2005)

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016, p.3).

Ce cadre légal devrait être propice à l'exercice d'un leadership clinique fort par les infirmières, puisqu'il confirme leurs rôles dans le maintien et le rétablissement de la santé, la prévention de la maladie et les soins de fin de vie (Cavalière, 2014), auquel s'est ajouté le droit de prescrire pour les infirmières cliniciennes dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec, 2015). L'élargissement du champ de pratique des infirmières au cours des dix dernières années, a amené les représentantes de la profession infirmière au Québec à porter la tendance mondiale voulant que d'ici 2020, la pratique infirmière allait se transformer en migrant du milieu hospitalier vers la communauté (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2006; Desrosiers, 2009). Cette transformation vise à rendre le système de soins plus efficace en misant sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, un meilleur suivi des maladies chroniques et le maintien

à domicile des personnes (Desrosiers, 2009). Or, au moment d'écrire cet article, force est de constater que cette transformation et cette appropriation du système tardent à s'accomplir. Pourtant la proportion d'infirmières cliniciennes habilitées par leur formation à travailler dans ces contextes s'accroît d'année en année pour atteindre maintenant 40 % de l'effectif infirmier au Québec (OIIQ, 2017). Néanmoins, on perçoit que les infirmières cliniciennes, devant être au centre de cette transformation, peinent encore à faire valoir leur essentielle contribution auprès du grand public et des décideurs. Elles paraissent souvent coincées entre le lobby des infirmières techniciennes composant encore la majorité de l'effectif infirmier dans la province, l'engouement pour la pratique avancée des infirmières praticiennes sur lesquelles beaucoup d'espoirs sont fondés pour améliorer l'accessibilité des soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2014), l'hégémonisme médical historique sur les autres professions de la santé et les besoins pressants de plusieurs milieux cliniques à pourvoir leurs différents postes vacants. Considérant que la définition du champ de pratique d'une profession vise à protéger d'abord et avant tout, les intérêts du patient et non ceux du professionnel (Pryor, 2012), il est permis de penser qu'en n'occupant pas pleinement leur champ de pratique, les infirmières cliniciennes privent la population des soins adaptés, de qualité et de proximité auxquels elle a droit. Il est donc impératif que les infirmières fassent preuve du leadership nécessaire pour déployer leurs rôles consentis par ces 17 activités réservées.

Les infirmières doivent aussi contrer la méconnaissance qu'à la population en général de leur contribution à la santé des individus et des populations ainsi qu'au système de santé. Il est ainsi essentiel qu'elles se définissent plus clairement et plus fermement comme une composante essentielle du système de santé sous peine d'être englouties par ce dernier qui se réorganise et s'adapte (Spitzer, 1998).

Tableau 1

Les activités des infirmières et infirmiers au Québec

LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS	
L'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers	
1.	Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
2.	Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier
3.	Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
4.	Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2)
5.	Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance
6.	Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance
7.	Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent
8.	Appliquer des techniques invasives
9.	Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal
10.	Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
11.	Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance
12.	Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique
13.	Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance
14.	Décider de l'utilisation des mesures de contention
15.	Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris
16.	Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application de l'article 14 de la Loi sur les infirmières et infirmiers
17.	Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Note. Les activités 15-16-17 de l'article 36 sont issues de la Loi 21 article 14

Elles doivent aussi dénoncer et s'attaquer au cynisme de plusieurs infirmières qui croient peu en leur pouvoir de déployer leurs nouveaux rôles et en leur capacité à influencer le cours des choses. Ce cynisme dans la profession n'est pas étranger au fait que les infirmières du Québec, comme ailleurs dans le monde, ont été une importante cible des réductions des coûts en plus de demeurer sous-évaluées, sous-payées et sous-utilisées en regard de leur champ de pratique (SIDHIEF, 2015). Le leadership transformationnel et le leadership politique des infirmières cliniciennes peuvent contribuer à mieux promouvoir leur leadership clinique. Il faut aussi continuer à promouvoir la mise à jour des connaissances. La norme de formation continue qu'exige l'OIIQ depuis quelques années doit être vue comme une opportunité de développer ses compétences et donc, son leadership clinique. L'instauration de programmes de mentorat dans le milieu de travail permet aussi de développer les compétences de leadership de l'infirmière (Adeniran et al. 2012). Ces programmes permettent de reconnaître les initiatives personnelles des infirmières pour s'identifier à des leaders cliniques dans le milieu en plus de créer un sentiment d'appartenance au milieu.

Conclusion

Le leadership des infirmières cliniciennes contribue à l'amélioration des soins et des résultats plus positifs pour la personne et sa famille. Pour l'accroître, les organisations sont appelées à créer de nouvelles cultures de leadership. Pour contrer les obstacles au leadership clinique, dont la méconnaissance de la population de la contribution des infirmières cliniciennes, les infirmières cliniciennes doivent faire appel à d'autres formes de leadership, dont le leadership transformationnel et le leadership politique.

Il est plus que temps pour les infirmières cliniciennes au Québec de prendre leur place dans ce système pour que la société puisse mieux faire face aux défis du vieillissement de la population, des maladies chroniques, de l'accessibilité et de la continuité des soins et des modifications de notre environnement et de nos modes de vie.

RÉFÉRENCES²

- Adeniran, R. K., Bhattacharya, A., & Adeniran, A. A. (2012). Professional excellence and career advancement in nursing: a conceptual framework for clinical leadership development. *Nursing Administration Quarterly*, 36(1), 41-51.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier* (2e éd.). Toronto (Ontario).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée*. Repéré le 5 novembre, 2015, à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/clinical_nurse_specialists_convention_handout_f.pdf
- Barlow, K. M. (2013). *A Meta-Analysis of Transformational Leadership and Subordinate Nursing Personnel Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover Intentions*. (Ph.D.), University of Maryland, Baltimore. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109859877&lang=fr&site=ehost-live>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*, New York: Free Press.
- Bohmer, R. M. (2013). Leading clinicians and clinical leading. *New England Journal of Medicine*, 268(16), 1468-1470.
- Cavaliere, R. (2014). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts* (Vol. 2015). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. doi: 10.1111/nuf.12100
- Dallaire, C. (2008). L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. Dans Clémence Dallaire, *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession* (p. 456). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

² Les références de l'article ont été réalisées sous le format APA 6 au moment de la publication en 2017

- Desrosier, G. (2009). Libérer les talents. *Perspective infirmière*, 6(20), 33-48.
- Desrosiers, G. (2014). *Leadership infirmier et pouvoir d'influence*. Repéré le 14 novembre 2017 à <http://gyslainedesrosiers.com/leadership-infirmier-et-pouvoir-dinfluence/>
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644-2653. doi: 10.1111/jan.13049
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nursing Inquiry*, 20(1), 11-22. doi: 10.1111/nin.12006
- Langlois, P.-É., Lauzier, M., Marleau, D., & Leprohon, J. (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*. Westmount (Québec): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 45(1), 10-21 12p. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.10
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Rapport du président du Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. Repéré le, 5 novembre 2015, à http://www.fneeq.qc.ca/fneeq/opencms/fr/accueil/communiques/communiques_2014/cegep/Ref-comm001-Rapport-13-945-01W.pdf
- NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges (2010) *Medical Leadership Competency Framework*, 3rd edition, Coventry: NHS institute for innovation and improvement Repéré le 7 janvier, 2016, à <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>
- Office des professions du Québec. (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : rapport du Comité d'experts*, Rapport Trudeau. Québec: OPQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Collège des médecins du Québec. (2015). *Gain majeur pour la population québécoise : Les infirmières et les infirmiers auront le droit de prescrire dans certaines situations cliniques*. Repéré le 5 novembre 2015, à <http://www.oiiq.org/lordre/dossiers-strategiques/prescription-infirmiere>
- OIIQ (2016) *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3^e édition*. Repéré le 4 novembre 2017 à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>

- OIIQ (2017) *Choisir sa formation*. Site web de l'OIIQ <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/choisir-sa-formation>
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273 266p. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Pryor, J. (2012). Scope of practice: what is it, why is it important and how might it be clarified for nurses working in rehabilitation. *Journal of Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 15(2).
- SIDIIEF. (2015). *Mémoire - La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale*. Montréal, QC: Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
- Spitzer, A. (1998). Nursing in the health care system of the postmodern world : crossroads, paradoxes and complexity. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 164-171.
- Supamanee, T., Krairiksh, M., Singhakhumfu, L., & Turale, S. (2011). Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 433-439 437p. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00649.x
- Theofanidis, D. & Dikatpanidou, S. (2006). Leadership in Nursing. *ICUS Nurses WEB Journal*, 25(1): 1-8.
- To, M. L., Tse, H. H. M., & Ashkanasy, N. M. (2015). A multilevel model of transformational leadership, affect, and creative process behavior in work teams. *The Leadership Quarterly*, 26(4), 543-556. doi: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.05.005>
- Victorian Healthcare Association. (2009). *Clinical Leadership in Community Health Victorian Healthcare Association*. Repéré le 9 janvier 2016 à <http://www.healthcaregovernance.org.au/docs/clinical-leadership-in-ch-final-report-mar-2009-.pdf>

2.1.2 Compléments à l'article de 2017 sur les attributs et études sur le leadership clinique des infirmières

Le leadership clinique des infirmières a également été étudié par des équipes de chercheurs au Québec qui ont précisé qu'il s'agit d'une compétence professionnelle à l'exercice du rôle infirmier (Pepin et al., 2011). Ces auteurs ont par ailleurs évalué dans leur étude le processus de développement de la compétence de leadership clinique et proposent un modèle cognitif d'apprentissage où s'enchaînent cinq (5) stades d'apprentissage du leadership clinique : 1) Je suis consciente du leadership clinique dans les soins infirmiers; 2) J'intègre le leadership clinique dans mes actions; 3) J'ai un leadership actif auprès du patient et sa famille et parfois avec mes collègues; 4) J'ai un leadership actif au sein de l'équipe et 5) Je pratique un leadership clinique intégré qui s'étend au niveau organisationnel et au-delà. (Pepin et al., 2011). Également, il y a la thèse de Ha (2018), qui visait à coconstruire, avec un groupe d'étudiantes et de formatrices, une intervention pédagogique sur le leadership clinique, à en décrire les composantes qui en soutiennent l'apprentissage par les étudiantes en soins infirmiers de première année et à évaluer cette intervention. Par la suite, une seconde thèse publiée en 2018 avait comme objectif de décrire les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux associés au développement de l'infirmière leader, dans une perspective biographique tout au long de leur vie professionnelle, selon des infirmières ou infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique, qu'il soit ou non relié à un poste de gestion (Godin, 2018).

Puisque l'objet de la recherche ne visait pas les éléments entourant la construction et l'évolution de l'apprentissage du leadership clinique, mais bien la mesure de celui-ci, l'attention a été portée davantage aux études quantitatives et sur des revues des écrits sur le sujet. Trois articles rapportant des revues des écrits portant sur le leadership clinique sont présentés ici en complément d'information à l'article de Maranda et Lessard, (2017). Ce sont la revue intégrative de Mannix et al. (2013), l'analyse de concept Chávez et Yoder (2015) qui est abordé en partie dans l'article et la revue de littérature de Stanley et Stanley (2018).

La revue intégrative des écrits sur les attributs du leadership clinique de Mannix et al. (2013) s'est concentrée sur les écrits de 2004 à 2011 et ils ont retenu dix articles pour leur analyse. La majorité des études étaient de type qualitative ($N = 6$) et elles provenaient principalement de l'Angleterre, du Canada, de l'Irlande, de la Thaïlande et de l'Australie. La synthèse de cette revue intégrative des écrits a permis de dégager trois catégories claires d'attributs de leadership dans lesquelles s'inscrivent des caractéristiques déjà identifiées dans l'article, telles que des compétences techniques et pratiques nécessaires à une pratique clinique adéquate et l'encadrement d'une équipe. Ces attributs du leadership clinique dans les soins infirmiers contemporains sont : 1) L'approche clinique (compétences, connaissances, utilisation de données probantes et l'atteinte d'objectifs); 2) Les relations interpersonnelles avec l'équipe (la reconnaissance, l'écoute, l'accompagnement, le modèle de rôle et l'*empowerment* de l'équipe) et 3) Les qualités personnelles de leader (respect des codes professionnels, bonne gestion du changement, organisé, visionnaire, questionne les processus et attitude positive face à la profession et à ce qui l'entoure).

Quelques années plus tard et tel que rapporté dans l'article de Maranda et Lessard (2017), les chercheurs Chávez et Yoder (2015) sont venus préciser le concept du leadership clinique dans le cadre d'une analyse de concept. Celle-ci repose sur une revue de littérature de 14 articles sur le sujet. Elle leur a permis de proposer une définition du leadership clinique et d'identifier les antécédents, les attributs et les conséquences du leadership clinique des infirmières. Chávez et Yoder (2015) viennent donc compléter et circonscrire les antécédents de l'infirmière et les attributs essentiels au développement du leadership clinique identifiés préalablement par Mannix et al. (2013), qui d'ailleurs n'est pas cité dans leur analyse de concept. Les attributs sont résumés en cinq éléments soit : des habiletés cliniques, une communication efficace, de bonnes relations de coordination, des habiletés d'innovations et des habiletés à produire un changement. Pour ces auteurs, en agissant comme leader clinique, les infirmières peuvent faciliter les efforts individuels et collectifs pour atteindre des objectifs cliniques communs et obtenir de meilleurs résultats pour les patients (Chávez & Yoder, 2015). À la fin de leur analyse, ils rapportent qu'une grande partie de ce qui est connu du leadership clinique est issue d'un ensemble relativement restreint de publications plutôt

théoriques ou fondées sur des opinions d'experts. Ils soulignent, du même coup, le manque de recherche empirique impliquant des infirmières en poste sur le terrain. Chávez et Yoder (2015) ajoutent également qu'il est important de considérer que le leadership clinique se produit dans un contexte de culture organisationnelle soutenant et que celui-ci ne peut être exercé sans une équipe qui entretient une bonne relation avec l'organisation.

Enfin arrivent Stanley et Stanley en 2018 avec une revue de littérature sur le leadership clinique. Il semble que les auteurs s'intéressent à ce sujet depuis plusieurs années, car plusieurs de leurs études ($N = 5$) dont les plus anciennes datent de 2004 ont été retenues au sein de cette recension de 27 articles. De ces différentes études, 17 sont qualitatives, une (1) étude est quantitative et une (1) adopte un devis mixte (1). Pour les autres, il s'agit d'une (1) étude de type Delphi (1), de deux (2) études comparatives et de cinq (5) revues de littérature. La recension couvre des écrits allant de 1998 à 2015 issus de plusieurs pays, soit l'Australie, le Canada, les États-Unis, l'Inde, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Thaïlande.

Stanley et Stanley (2018) proposent une analyse exhaustive du leadership clinique en cinq grandes catégories : 1) Les définitions du leadership clinique; 2) Les caractéristiques des attributs les plus susceptibles d'être associés au leadership clinique; 3) Les caractéristiques des attributs les moins susceptibles d'être associés au leadership clinique; 4) Les modèles appliqués au leadership clinique et 5) Les limites au développement du leadership clinique.

Dans cette analyse, les caractéristiques des attributs les plus susceptibles d'être associés ou non au leadership clinique attirent notre attention. Stanley et Stanley (2018) ressortent 15 catégories susceptibles d'être associées à la mise en œuvre d'un leadership clinique, soit en ordre de récurrence et d'importance de répétition dans les articles recensés. Les principales caractéristiques sont de posséder des compétences cliniques, suivi d'une communication efficace, d'offrir du soutien, d'avoir une orientation basée sur les valeurs et les croyances, d'être axée sur l'excellence clinique et la qualité des soins, d'être un modèle de rôle, de motiver les autres, d'être un mentor, de prendre des décisions, d'être visible et de prendre sa place, d'être dirigé sur le travail d'équipe, d'être facile d'approche, d'avoir des connaissances

cliniques, d'être « *empowered*³ » (se sentir habilité ou se sentir en pouvoir) et de participer au développement et à la formation du personnel. À l'inverse, les caractéristiques des attributs les moins susceptibles d'être associés au leadership clinique sont le fait d'être contrôlant, visionnaire, créatif et en conflit de rôle.

Parmi ces trois différentes analyses exhaustives de littérature sur le leadership clinique (Chávez & Yoder, 2015; Mannix et al., 2013; Stanley & Stanley, 2018) et la recension des écrits sur le sujet dans la présente étude (Maranda & Lessard, 2017), l'étude quantitative auprès d'infirmières canadiennes de Patrick et al. (2011) retient l'attention entre 2014 et 2018 par quatre groupes de chercheurs (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014; Connolly et al., 2018) dont certains s'intéressent à l'association entre l'*empowerment* de l'environnement de travail et la mise en œuvre d'un leadership clinique (Boamah, 2018; Connolly et al., 2018).

L'étude de Patrick et al. (2011), réalisée en Ontario chez 480 infirmières œuvrant auprès de la clientèle en soins aigus, avait comme objectif de tester les propriétés psychométriques d'un nouvel instrument de mesure appelée le *Clinical leadership survey* (CLS) qui a comme objectif de mesurer le leadership clinique des infirmières. L'étude avait également comme but de vérifier leur hypothèse de recherche à l'effet que les comportements de leadership clinique des infirmières seraient positivement liés à l'utilisation par les gestionnaires des cinq pratiques de leadership décrites par Kouzes et Posner (1995) : 1) questionner le processus; 2) inspirer une vision à partager; 3) permettre aux autres d'agir; 4) donner l'exemple et 5) encourager le travail fait avec cœur et le niveau d'influence de l'*empowerment* organisationnel. Les résultats de Patrick et al. (2011) suggèrent que les pratiques des infirmières gestionnaires peuvent influencer l'adoption par le personnel infirmier de comportement de leadership clinique en créant des environnements de travail *empowered*. L'outil de Patrick et al (2011), le *CLS*, est basé sur le *Leadership Practices Inventory* (LPI) provenant de Kouzes et Posner (1995). Leurs travaux se sont concentrés

³ Dans ce mémoire, le terme « *empowered* » plutôt que sa traduction française « *habileté* » est utilisé afin que le lien soit plus explicite avec le concept d'*empowerment*. C'est pourquoi la version anglaise est préférée

depuis 1987 au domaine des affaires et le LPI mesure le leadership transformationnel (Kouzes et Posner, 1995).

Suivant les travaux de Patrick et al. (2011), les auteurs Chappell et Richards (2014), Boamah (2018, 2019) et Connolly et al. (2018) ont, quant à elles, utilisé l'outil de mesure le CLS créé par Patrick et al. (2011) pour leur recherche visant également à mesurer le leadership clinique des infirmières.

Ainsi, Chappell et Richards (2014) souhaitaient déterminer les éléments qui soutiennent les compétences en leadership clinique chez les infirmières ayant 24 mois d'expérience clinique ou moins avec un programme de transition pour les infirmières nouvellement diplômées. Bien que la qualité globale perçue d'un programme de transition pour les nouvelles infirmières a été associée à des niveaux de leadership plus élevé, une grande partie de la variabilité des résultats demeure inexpliquée (Chappell et al., 2014). L'étude comprenait 306 infirmières de la relève et a été réalisée aux États-Unis dans 23 hôpitaux.

Pour sa part, Boamah (2018) a testé un modèle examinant les relations entre le leadership transformationnel des gestionnaires, l'*empowerment* organisationnel, le leadership clinique du personnel infirmier et les résultats pour les patients. L'étude a été réalisée dans des centres hospitaliers ayant comme mission des soins aigus à travers l'Ontario et 378 infirmières y ont participées (Boamah, 2018). L'étude a fait ressortir que le leadership transformationnel des gestionnaires est significativement associé à une diminution de résultats négatifs pour les patients grâce à l'*empowerment* organisationnel et au leadership clinique des infirmières (Boamah, 2018). L'étude de Boamah (2018) rappelle des éléments de celle de Patrick et al. (2011) en lien avec l'influence du leadership transformationnel des gestionnaires et l'*empowerment* organisationnel. Il est également possible de faire un lien avec l'étude Canadienne de Tourangeau et McGilton (2004) qui avait utilisé plusieurs années au paravant eux aussi une adaptation du questionnaire de Kouzes et Posner (1995) auprès des infirmière afin de mesurer également le leadership transformationnel de celles-ci. Les auteurs provenant d'Ontario rapportaient que la performance du personnel infirmier et l'utilisation

des comportements de leadership au quotidien seraient positivement liées à l'utilisation des cinq pratiques exemplaires de Kouzes et Posner (1995) de leadership par les gestionnaires au sein de leur environnement de travail.

Une seconde étude de Boamah (2019), utilisant le même échantillon, avait comme objectif d'étudier les attributs essentiels du leadership clinique et testait cette fois-ci un modèle reliant les comportements de leadership clinique du personnel infirmier à la qualité des soins aux patients et à la satisfaction au travail. Les infirmières dans l'étude ont démontré des niveaux élevés de compétences en leadership clinique dans leur pratique au quotidien (Boamah, 2019). L'utilisation par les infirmières de ses comportements a influencé directement et positivement la qualité des soins prodigués et par ailleurs leur satisfaction au travail (Boamah, 2019). La conclusion de l'étude de Boamah (2019), indique que le leadership peut être un atout et qu'il serait sous-utilisé dans les soins de santé.

Finalement, Connolly et al. (2018), ont évalué le leadership clinique d'infirmières œuvrant dans un service d'urgence, en se basant sur le fait qu'il est important que celles-ci se sentent psychologiquement et organisationnellement *empowered* afin d'agir en tant que leaders cliniques. L'étude réalisée dans une urgence de Nouvelle-Zélande comprenait 37 infirmières et a démontré que les infirmières se perçoivent comme ayant des comportements de leadership clinique et ce, même si leur sentiment d'être psychologiquement *empowered* est modéré (Connolly et al., 2018). Les résultats démontrent que pour que les infirmières puissent exercer un leadership clinique fort, il est nécessaire d'améliorer l'*empowerment* organisationnel.

Dans un environnement de travail sain, le personnel infirmier est donc plus susceptible d'exercer des comportements de leadership clinique, notamment en utilisant leurs expertises, leurs compétences et leurs connaissances pour influencer la pratique et la recherche et en cherchant des occasions d'améliorer et de négocier les meilleurs soins pour leurs patients (Patrick et al., 2011). Les infirmières, si elles sont habilitées (*empowered*) par leur environnement de travail, peuvent exercer une influence significative sur les patients et les autres membres de l'équipe de soins, même lorsqu'aucune autorité formelle ne leur a été

attribuée (Boamah, 2018; Chávez & Yoder, 2015; Connolly et al., 2018). Il est donc possible de penser qu'il existerait un lien entre une organisation dite soutenante, qui soutient l'*empowerment* des infirmières, et l'exercice du leadership clinique par les infirmières. En somme, les études mentionnées précédemment (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014; Connolly et al., 2018; Patrick et al., 2011) nous incitent à s'intéresser au soutien organisationnel qui sera discuté à la section suivante.

2.2 SOUTIEN ORGANISATIONNEL

Les nouvelles infirmières diplômées ont souvent un conflit dans la mise en application de leur rôle, car les valeurs professionnelles en sciences infirmières entrent parfois en conflit avec les valeurs de l'organisation qui sont orientées davantage sur les tâches à accomplir (Feng & Tsai, 2012). Selon certaines études, les solutions à la pénurie résident dans la création d'environnements de pratique professionnelle favorisant la satisfaction et la rétention des infirmières. Le support des gestionnaires et de l'environnement de pratique est donc important pour les infirmières nouvellement diplômées en lien avec leur développement professionnel (Numminen et al., 2015). Ce soutien des gestionnaires et de l'environnement de pratique rappelle l'*empowerment* organisationnel, l'une des composantes des hôpitaux magnétiques reconnus pour leur haut taux d'attraction et de rétention de la main d'œuvre.

L'*empowerment* organisationnel est la perception de la présence ou de l'absence de conditions soutenant (*empowering*) sur le lieu de travail (Connolly et al., 2018). Le concept d'*empowerment* est important dans le domaine des soins infirmiers, tant pour les infirmières que pour leurs patients (Connolly et al., 2018; Spence Laschinger et al., 2010) parce qu'il propose que les personnes doivent avoir le pouvoir d'accomplir leur travail d'une manière significative, avec un environnement leur permettant d'exercer un pouvoir personnel pour atteindre les objectifs de travail. L'*empowerment* organisationnel est la capacité ou l'aptitude à mobiliser des ressources et à obtenir des résultats.

Selon la théorie de Kanter (1993) sur l'*empowerment* organisationnel, qu'il définit comme la capacité ou l'aptitude à mobiliser des ressources et à faire avancer les choses, il existe six comportements qui sont associés à un environnement *empowered* soit : l'accès à l'information, au soutien, aux ressources, aux opportunités d'apprendre et de se développer ainsi que le pouvoir informel et formel d'influence. Les lieux de travail qui donnent accès à ces éléments ont des niveaux élevés d'*empowerment* (Spence Laschinger et al., 2010). Toujours selon Kanter (1993), l'accès à ce type d'organisation se traduit par une perception du pouvoir d'accomplir le travail de façon significative.

L'importance d'un environnement de travail infirmier de haute qualité pour assurer la sécurité des patients est bien documentée dans la littérature. Il est démontré que l'environnement de travail dans le secteur des soins de santé ainsi que la perception du personnel à l'environnement organisationnel exercent une influence sur un certain nombre de résultats organisationnels tels que la mortalité des patients, la satisfaction des patients à l'égard des soins et d'autres résultats liés à la sécurité des patients (Capuano et al., 2005; Spence Laschinger & Leiter, 2006; Tourangeau et al., 2009). Le développement des compétences serait aussi influencé par des facteurs organisationnels (Khomeiran et al., 2006; Vanaki & Memarian, 2009).

Une récente revue de littérature systématique de Paguio et al. (2020) portant sur les interventions visant à améliorer le travail des infirmières soulève qu'il est crucial d'aborder l'amélioration de l'environnement de travail des infirmières, car celui-ci permet de garantir des soins de santé efficaces qui répondent aux besoins des patients (Paguio et al., 2020). Des auteurs décrivent un environnement de travail sain comme un environnement de pratique professionnelle qui soutient les infirmières à utiliser à leur plein potentiel leur champ de pratique, de travailler efficacement au sein d'une équipe et à mobiliser les ressources rapidement (Lake, 2007).

2.3 QUESTIONS ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les connaissances provenant de la recension des écrits ont permis de constater qu'il y avait peu de résultats de recherche sur l'exercice du leadership clinique par les infirmières de la relève et le soutien organisationnel perçu par celles-ci.

Une seule étude par le groupe de chercheurs des États-Unis, Chappell et al. (2014), s'est intéressée au sujet du leadership clinique des infirmières de la relève en utilisant l'outil de mesure de Patrick et al. (2011). Cependant, la recherche était dirigée sur l'évaluation du leadership clinique dans le cadre d'un programme de transition entre l'école et le travail.

À l'issue de cette recherche documentaire sur le sujet du leadership clinique, il est possible de constater, qu'au fil des années, les différents chercheurs ont tenté de décrire, définir et d'évaluer le concept du leadership clinique et malgré tous leurs efforts, le leadership clinique reste complexe à étudier. Par ailleurs, rappelons qu'il a été dénoté par Berkow et al. (2009) que les questionnaires dénoteraient un manque de leadership clinique des infirmières de la relève et que des interventions sont nécessaires auprès d'elles pour l'accroître.

Une définition claire et consensuelle du leadership clinique constitue aussi un défi, car la littérature propose une variété de perspectives différentes relatives aux attributs, aux comportements et aux relations entourant le leadership clinique (Patrick et al., 2011). Le leadership clinique a été étudié principalement en lien avec les perceptions que les infirmières ont de son application dans différents secteurs tels que la santé publique, la santé mentale, la périnatalité, les centres d'hébergement de personnes âgées, la santé communautaire et la pédiatrie. Les perceptions étaient souvent évaluées en lien avec les impacts, la transformation des soins et le développement du leadership clinique. Il existe également des études sur le développement et des modèles d'apprentissage du leadership clinique infirmier. Les plus récentes études s'intéressent au fait que la mise en œuvre du leadership clinique par les infirmières permet de créer des organisations de soins de santé plus sûrs et sécuritaires pour les patients (Boamah, 2018, 2019; Connolly et al., 2018). En somme, la mesure du leadership clinique des infirmières de la relève ainsi que la perception de celui-ci et de l'environnement

avaient donc été peu étudiées au Québec au moment de planifier et réaliser cette étude qui vise à répondre aux deux questions de recherche suivantes :

- Les infirmières de la relève font-elles preuve de leadership clinique dans leur pratique?
- Le soutien organisationnel influence-t-il le niveau de leadership clinique des infirmières de la relève?

Les objectifs de cette recherche sont donc de

- 1) Mesurer le niveau de leadership clinique chez les infirmières de la relève;
- 2) Évaluer le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève dans l'exercice de leur rôle professionnel
- 3) Vérifier l'existence d'un lien entre le leadership clinique des infirmières et le soutien organisationnel des infirmières de la relève.

CHAPITRE 3

CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce court chapitre présente le cadre de référence qui consiste en un cadre conceptuel s'appuyant sur les concepts de leadership clinique et de soutien organisationnel.

3.1 CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel repose sur le modèle théorique de Kouzes et Posner (1995) portant sur le leadership et plus spécifiquement sur l'interprétation de Patrick et al. (2011) pour l'adapter au leadership clinique des infirmières. La théorie de Kanter (1993) et de l'environnement organisationnel qui soutient l'*empowerment* organisationnel, font également partie de ce cadre.

3.1.1 Le leadership selon Kouzes et Posner (1995) et application au leadership clinique des infirmières

Kouzes et Posner sont deux chercheurs américains qui étudient le leadership depuis 1987 via divers projet de recherche auprès de leaders du monde provenant du domaine de l'administration et des affaires. Ils en sont venus à décrire cinq pratiques exemplaires qui permettent aux leaders d'être performants dans les organisations et encouragent la prise de conscience et le cheminement personnel pour devenir un meilleur leader au quotidien. (Kouzes et Posner, 1995). Ces pratiques sont le fait de: 1) questionner les processus; 2) inspirer une vision partagée ; 3) permettre aux autres d'agir; 4) donner l'exemple et 5) encourager le travail fait avec cœur. Le type de leadership que Kouzes et Posner (1995)

adressent est le leadership de type transformationnel. Les leaders transformationnels sont décrits comme des facilitateurs de changements qui induisent l'action auprès de leur pairs en communiquant leur vision aux autres de sorte qu'elle devienne une vision claire et qui se transforme en but commun à l'équipe (AIIAO, 2013; Maranda & Lessard, 2017). Le tableau 2 présente le détail des cinq pratiques exemplaires qui représentent les cinq dimensions du questionnaire *LPI*.

Patrick et al. (2011) ont repris ces pratiques pour les appliquer au leadership des infirmières dans l'exercice quotidien de leurs activités cliniques. Ce leadership clinique est présenté par Patrick et al. (2011) comme les comportements du personnel infirmier qui permettent d'orienter et de soutenir les patients ainsi que l'équipe de soins de santé dans la prestation de soins au patient. Patrick et al. (2011) ont associé cinq attributs ou comportements spécifiques à la pratique infirmière aux cinq pratiques exemplaires du leadership de Kouzes et Posner (1995), soit 1) l'expertise clinique; 2) la communication efficace; 3) la collaboration; 4) la coordination et 5) les relations interpersonnelles. Le tableau 2 aligne les pratiques exemplaires de Kouzes et Posner (1995) aux attributs et comportements du leadership clinique de Patrick et al. (2011).

Tableau 2

Pratiques exemplaires du leadership de Kouzes et Posner (2011) et attributs du leadership clinique de Patrick et al. (2011)

Pratiques exemplaires/ Dimensions du leadership de Kouzes et Posner (1995)	Attributs / Comportements de Patrick et al. (2011)
<p>Questionner le processus Apprendre de façon continue et remettre en question le statu quo, retour sur les apprentissages des échecs et des bons coups</p>	Expertise clinique
<p>Inspirer une vision partagée Définir une vision ou un objectif et trouver un terrain d'entente</p>	Communication efficace
<p>Permettre aux autres d'agir Partager l'information et les ressources, Établir des relations de confiance</p>	Collaboration
<p>Donner l'exemple Réaliser de petites victoires et créer des valeurs communes</p>	Coordination
<p>Encourager le travail fait avec cœur Créer des relations et reconnaître les contributions</p>	Relations interpersonnelles

L'expertise clinique de l'infirmière est liée à ses connaissances cliniques de haut niveau. La communication efficace est, quant à elle, associée au fait que l'infirmière communique et clarifie son évaluation clinique des patients ainsi que ses préoccupations à l'équipe traitante. La collaboration consiste en la capacité d'une infirmière et de l'équipe de partager efficacement l'information nécessaire pour une prise en charge complète et sécuritaire des patients. La coordination réfère plus précisément à la coordination des ressources nécessaires pour fournir aux patients des soins en temps opportun par l'infirmière. Finalement, les relations interpersonnelles renvoient au fait que l'infirmière prend le temps de comprendre les préoccupations de ses patients et de ses collègues, qu'elle communique

des commentaires positifs et constructifs et qu'elle reconnaît les contributions de ses collègues.

3.1.2 Soutien organisationnel

La théorie de l'*empowerment* organisationnel (*structural empowerment*) de Kanter (1993) décrit comment la création par les gestionnaires d'environnement de travail soutenant (*empowered*) permet la mise en œuvre de comportement de leadership clinique chez les infirmières. Ainsi, le fait d'avoir accès à un environnement organisationnel soutenant ou *empowered*, qui est le terme figurant dans les écrits anglophones, se traduit par une autonomie professionnelle et des niveaux plus élevés d'efficacité personnelle, ce qui permet aux infirmières de prendre des décisions qui influencent les soins aux patients, en améliorent la qualité et éventuellement, les résultats pour la santé et le bien-être des patients. En résumé, ce type d'environnement de travail permet l'*empowerment* des infirmières et leur permet de mobiliser les ressources disponibles afin d'accomplir leur travail adéquatement (Kanter, 1993). Pour y arriver, Kanter (1993) propose quatre éléments au sein d'une organisation soit 1) la présence d'informations; 2) de ressources; 3) de soutien et 4) d'opportunités. Plus précisément, pour l'élément touchant l'information, les organisations doivent s'assurer que les employés ont la connaissance des objectifs, des valeurs et des politiques de l'organisation, ainsi que l'expertise et les connaissances techniques requises pour être efficaces au travail. Pour ce qui est de l'élément entourant les ressources, les employés doivent avoir accès au matériel, aux fournitures, au budget, au temps et à l'équipement nécessaires pour accomplir efficacement leur travail. Par la suite, pour répondre à l'élément de la présence de soutien, les employés doivent bénéficier d'accompagnement, de conseils des collègues, et des gestionnaires. Enfin, en ce qui a trait à la présence d'opportunités, le tout réfère aux possibilités de développement professionnel et de nouveaux défis qui permettent d'améliorer les connaissances et les compétences, ainsi que des récompenses et des reconnaissances (Boamah, 2018; Spence Laschinger et al., 2010; Spence Laschinger & Leiter, 2006).

3.2 LIENS ENTRE LES CONCEPTS À L'ÉTUDE

En bref, le cadre de référence de cette recherche tente de comprendre l'exercice du leadership clinique des infirmières de la relève ainsi que le soutien organisationnel en tant qu'attribut de ce leadership clinique.

L'influence que l'organisation peut exercer lors de la mise en application des compétences de leadership, dont le leadership clinique est résumé à la figure 3.

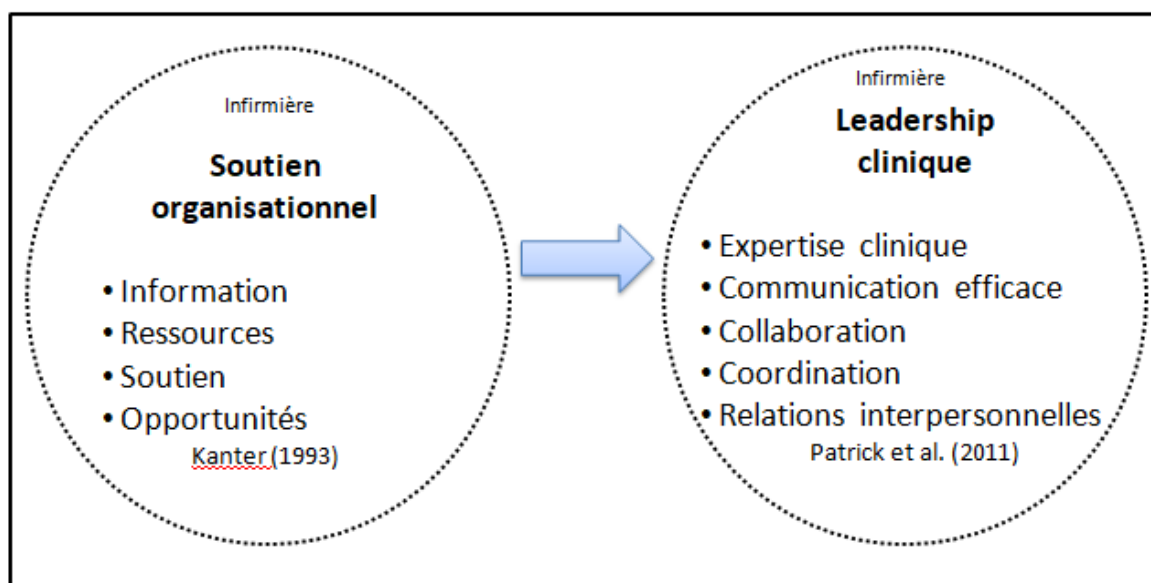


Figure 3. Liens entre les concepts à l'étude.

CHAPITRE 4

MÉTHODES

Ce chapitre présente l'ensemble des étapes mises en œuvre pour répondre aux objectifs de la recherche en abordant le devis, la population à l'étude, la constitution de l'échantillon, l'approche méthodologique utilisée pour mesurer le niveau de leadership clinique chez les infirmières de la relève ainsi que le soutien organisationnel à l'exercice de leur rôle dans leur environnement de travail. Cette section se conclut avec les considérations éthiques.

4.1 DEVIS DE RECHERCHE

Les connaissances provenant de la recension des écrits ont permis de constater qu'il y avait peu de résultats de recherche sur l'influence du leadership clinique des infirmières de la relève et du soutien organisationnel perçu de leur organisation. Cependant, l'existence d'outils permettant d'évaluer et mesurer ces variables ont mené au choix d'un devis quantitatif de type descriptif. Ce devis a pour objectif premier de décrire différentes variables et d'explorer les relations entre elles (Fortin, 2010).

4.2 POPULATION, ÉCHANTILLON ET RECRUTEMENT

La population à l'étude sont les infirmières de la relève au Québec, soient celles détenant un permis de pratique délivré par l'OIIQ depuis cinq ans ou moins et qui exercent actuellement leur profession auprès de patients dans un milieu clinique, sans égard au type de milieu ou à la clientèle (p. ex. Centre local de service communautaire (CLSC), hôpital, clinique médicale). La population des infirmières de la relève au Québec était estimée, au

moment de l'étude, à environ 15 000 infirmières. En calculant le nombre de permis délivrés par l'OIIQ dans les cinq dernières années précédant l'étude et en excluant, le nombre de permis délivrés pour les diplômés hors Québec car ces infirmières ont généralement exercé leur métier pendant quelques années avant leur arrivée dans la province (OIIQ, 2017). La taille de l'échantillon minimale a été calculée avec l'aide de l'outil *G-power* Version 3.1.9.2 (voir annexe I « Communication de recrutement »). Pour démontrer une grande taille d'effet ($p = 0,5$), un coefficient de corrélation de Pearson (objectif 3) pour les deux variables ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,80$), demandait un total de 29 participantes tandis qu'un total de 84 participantes permettait de mettre en évidence une taille d'effet modérée ($p = 0,3$). Ce nombre constituait la taille d'échantillon visée en tenant compte des contraintes de la recherche, dont l'absence de financement.

Après entente avec la direction du programme de 1^{er} cycle en sciences infirmières à l'UQAR, toutes les étudiantes inscrites ont été approchées par courriel en octobre 2016 pour être invitées à remplir un questionnaire en ligne autoadministré (voir annexe I « Communication de recrutement »). Les étudiantes proviennent donc majoritairement des régions desservies par l'UQAR soient celles de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de la Côte-Nord. Une technique d'échantillonnage non probabiliste par réseau (boule de neige) a été retenue pour compléter l'échantillon. L'échantillonnage de réseaux est utile pour les populations plus difficiles à atteindre (Statistique Canada, 2021) comme c'est le cas pour les infirmières de la relève qui sont très occupées entre l'université, leur nouveau travail et leur vie personnelle. Ainsi, le courriel invitait les étudiantes infirmières de l'UQAR à diffuser l'information auprès de leurs collègues de la relève afin d'avoir une participation plus élevée. Les infirmières avaient un mois pour remplir le questionnaire. La promotion de l'étude s'est aussi faite par l'affichage d'une publicité mentionnant le recrutement en cours (voir annexe II « Affiche promotion de l'étude »), sur les babillards des départements des sciences infirmières de l'UQAR au campus de Lévis et de Rimouski. La diffusion du questionnaire a également été réalisée via les réseaux sociaux, et ce, plus spécifiquement auprès des groupes de différents comités jeunesse d'ordre régionaux et de comités de la relève infirmière. Afin d'encourager

la participation à l'étude, le tirage d'une carte cadeau de quarante dollars dans un magasin de sport a eu lieu parmi les participantes. La collecte de données s'est échelonnée sur un mois.

4.3 OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES ET VARIABLE À L'ÉTUDE

4.3.1 Nature du questionnaire

L'outil de collecte de données repose essentiellement sur un questionnaire en ligne préparé avec le gratuit *Google Forms*. En plus de documenter des données sociodémographiques, deux instruments de mesure ont été utilisés pour mesurer le leadership clinique des infirmières de la relève et le soutien organisationnel perçu de leur environnement de travail soit le *Clinical Leadership Survey (CLS)* et le *Organizational Environment Assessment (OEA)*. Ils sont respectivement présentés à l'annexe III et l'annexe IV. L'utilisation du questionnaire en ligne a permis de garantir une certaine uniformité de complétion entre les participantes et une structure constante dans la cueillette de la donnée. Le questionnaire a été prétesté par dix infirmières afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles. Aucune modification n'a été nécessaire suite à cette validation.

Les participants devaient remplir un questionnaire autoadministré en ligne (questions à choix multiples ou à courts développements). Le questionnaire comprenait une introduction sur le projet de recherche incluant l'objectif, l'implication de la participation, la confidentialité et le consentement en plus des questions sociodémographiques et des deux outils de mesure.

Questionnaire sociodémographique. Des données sociodémographiques ont été colligées pour décrire le profil des répondantes de l'étude en vue de documenter l'échantillon et d'effectuer des analyses comparatives pouvant éventuellement expliquer la variation des résultats (voir annexe VI « Questionnaire sociodémographique »). La première partie du questionnaire était donc composée de questions sur les caractéristiques personnelles telles que l'âge (année), l'expérience (mois), l'expérience sur le poste actuel (mois), l'ancienneté

dans l'organisation (mois) et le sexe déterminé en fonction de l'identité du genre. Par la suite des questions portaient sur les caractéristiques en lien avec la formation en spécifiant le type de formation (collégial ou universitaire), l'exposition antérieure à des notions sur le leadership dans le cadre d'un cours, d'un atelier, d'une conférence, d'un congrès, d'un cours collégial ou universitaire de 45 heures, la participation à l'intégration (mentorat-préceptorat ou aucun) et l'implication dans la formation des autres infirmières (oui ou non). Enfin, les dernières questions portaient sur les caractéristiques du milieu de travail soit le titre d'emploi associé à une formation (collégial ou universitaire), le statut (temps partiel ou temps complet), le quart de travail (jour, soir, nuit ou rotation) et la géographie (grands centres et centres spécialisés régionaux ou zone rurale).

Leadership Clinique. Le leadership clinique est mesuré à l'aide du *Clinical Leadership Survey* (CLS) qui est un outil de mesure créé par Patrick et al. (2011) qui est une adaptation du questionnaire *LPI* de Kouzes et Posner (1995). Le CLS permet d'évaluer le leadership clinique des infirmières donnant des soins directs aux patients. Patrick et al. (2011) opérationnalisent le leadership clinique des infirmières par la mise en action de cinq attributs qui sont : 1) l'expertise clinique; 2) la communication efficace; 3) la collaboration; 4) la coordination et 5) les relations interpersonnelles. Ces attributs du leadership clinique sont mesurés avec le CLS et associé aux cinq dimensions de Kouzes et Posner (1995). Dans le questionnaire de 15 questions, chaque dimension comprend trois questions pour lesquelles des scores sont établis grâce à une échelle de Likert à cinq points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Le tableau 3 présente les attributs du leadership clinique et les questions du CLS. Il est possible de consulter l'annexe III qui présente le « Questionnaire *Clinical Leadership Survey* » dans son ensemble avec la présentation des échelles de Likert.

Tableau 3*Attributs du leadership clinique et des questions du CLS (Patrick et al., 2011)*

Attributs / Comportements du leadership clinique (CLS)	Questions traduites en français des items du CLS
Expertise clinique	Q1- Lorsque je suis préoccupée par le bien-être du patient, je me risque à questionner les ordres de mes supérieurs et/ou le traitement proposé par d'autres collègues ou d'autres professionnels de la santé Q2- Je suis capable d'appuyer mes décisions cliniques par des données probantes Q3- Je m'engage dans une pratique réflexive et j'essaie de comprendre ce qui a bien été et ce qui n'a pas bien été
Communication efficace	Q4- Afin d'aider les patients à atteindre leurs objectifs, je n'hésite pas à négocier avec les membres de soins interprofessionnels ou à les soutenir. Q5- Je suis confiante et engagée lors des communications avec les patients afin d'atteindre les objectifs centrés sur le patient Q6- Je prends part à des conversations significatives avec mes collègues pour favoriser notre capacité à fournir des soins centrés sur le patient
Collaboration	Q7- J'écoute activement les différents points de vue des collègues Q8- J'établis des relations thérapeutiques avec les patients et leur famille qui sont basées sur la confiance Q9- Je développe des relations de coopération avec mes pairs et mes collègues
Coordination	Q10- Je fais de mon mieux pour tenir les promesses et les engagements que je fais aux patients Q11- Je m'assure que les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) avec lesquels nous travaillons reposent sur des objectifs mesurables, réalistes et concrets pour l'atteinte des résultats cliniques pour le Q12- Je suis engagée dans les soins centrés sur le patient
Relations interpersonnelles	Q13- Je reconnais publiquement mes collègues qui incarnent l'engagement envers les valeurs professionnelles Q14- Je procure des rétroactions positives aux collègues lorsque leurs actions contribuent au bien-être des patients et des familles Q15- Je trouve des moyens pour célébrer les réussites de mes collègues

La fiabilité de l'instrument de mesure est liée à la cohérence interne d'une mesure (Heale & Twycross, 2015). L'indice de cohérence interne de la mesure globale du leadership clinique est considéré acceptable pour le CLS de Patrick et al. (2011). Celui-ci avait un alpha de Cronbach de 0,86 au global et pour les cinq dimensions allant de 0,64 à 0,78. Les données sont similaires dans les autres études ayant fait appel à cet outil. Pour les études de Boamah (2018) et Boamah (2019) qui a utilisé l'outil de Patrick et al. (2011) auprès de 378 infirmières œuvrant dans des hôpitaux de soins aigus en Ontario afin d'analyser le niveau de leadership clinique des infirmières en lien avec la qualité des soins et la satisfaction au travail, des coefficients de fiabilité des alphas de Cronbach, tous supérieurs à 0,70, indiquaient une bonne cohérence interne des échelles. Même chose pour l'étude de Chappell et al. (2014) ayant aussi utilisé le CLS qui avait un alpha de Cronbach de 0,90 dans son étude auprès des infirmières nouvellement diplômées ayant un programme de transition. Pour l'étude de Connolly et al. (2018), les alphas de Cronbach ne sont pas mentionnés.

Il est à noter que pour la présente recherche, il n'y a pas eu de pré-test auprès d'un groupe ce qui fait en sorte que la mesure de la cohérence interne de l'outil a été réalisée en même temps que cette étude. Ces résultats seront discutés au chapitre 6. Les résultats des alphas de Cronbach pour les cinq dimensions du questionnaire sont relativement bas: « Donner l'exemple » ($\alpha = 0,19$), « Questionner le processus » ($\alpha = 0,53$), « Permettre aux autres d'agir » ($\alpha = 0,54$), « Inspirer une vision partagée » ($\alpha = 0,62$), et « Encourager le travail fait avec cœur » ($\alpha = 0,68$). Le score global, indique un alpha de Cronbach de 0,73 indiquant une cohérence interne satisfaisante se rapprochant des études ayant utilisé le même questionnaire (variant de 0,86 à 0,90) (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014; Patrick et al., 2011).

Le soutien organisationnel Le soutien organisationnel de cette étude se fonde sur la notion du soutien organisationnel perçu (SOP) que Eisenberger et al. (1986) définissent comme les croyances globales dans lesquelles les employées perçoivent si l'organisation apprécie leur contribution (la contribution des employés) et que celle-ci (l'organisation) se soucie de leur bien-être (Eisenberger et al., 1986). Autrement-dit, la perception des

infirmières réfère ici à leur propre idée, compréhension ou prise de conscience du soutien de leur organisation.

Le SOP est mesuré avec l'*Organizational Environment Assessment Questionnaire* (OEA). Ce questionnaire a été développé dans une étude de Tourangeau et McGilton (2004) de l'Université de Toronto qui avait pour but d'examiner les propriétés psychométrique du *Leadership Practices Inventory* (LPI) de Kouzes et Posner (1995) lorsqu'il est utilisé pour mesurer les pratiques de leadership transformationnel des infirmières (Tourangeau et McGilton, 2004). Il existe une cohésion théorique entre le CLS de Patrick et al. (2011) sur le leadership clinique des infirmières et le OEA de Tourangeau et McGilton (2004) puisque les deux outils se fondent sur les travaux de Kouzes et Posner (1995). Plus précisément, l'OEA, qui est constitué de six questions, mesure l'environnement de travail des infirmières en se basant sur les caractéristiques d'un environnement de travail efficace.

Les répondants sont invités à donner leur avis sur ces six questions grâce à une échelle de Likert à quatre points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord » :

1. Les personnes qui travaillent dans cette organisation partagent les mêmes objectifs.
2. Les personnes qui travaillent dans cet environnement se sentent valorisées pour le travail qu'elles font.
3. Lorsque moi ou les autres prenons des décisions, elles sont soutenues.
4. Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont des opportunités de développement professionnel.
5. Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont des opportunités de développement personnel.
6. Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont la latitude de changer la façon dont ils organisent leur travail.

Le questionnaire complet avec les exemples est présenté à l'annexe IV « Questionnaire *Organizational environment assessment* ».

La validité de construit a été mesurée pour le questionnaire OEA à l'aide de l'indice de l'alpha de Cronbach (α) dans la présente étude. Celle-ci est de $\alpha = 0,85$, ce qui s'approche du résultat obtenu dans l'étude de Tourangeau et McGilton (2004) qui ont obtenu $\alpha = 0,72$ par un mode de questionnaire administré en « autoévaluation » et $\alpha = 0,82$ sous le format réalisé par un « observateur ». Dans tous les cas, ces résultats sont considérés satisfaisants du point de vue de la cohérence interne.

4.3.2 Autorisation d'utilisation et traduction du CLS et OEA

Dans le cadre de cette recherche, une demande a été formulée aux auteurs des deux instruments de mesure afin de pouvoir les utiliser et en faire la traduction française. Une réponse positive a été obtenue pour l'OEA par M^{me} Anne Tourangeau (voir annexe V « Autorisation traduction et utilisation OEA » qui autorisait l'utilisation de son questionnaire dans le cadre de la présente étude. Cependant, pour le CLS, il n'y a pas eu de retour téléphonique ou de courriel malgré les relances. Considérant que l'outil de mesure a fait l'objet de quelques publications anglophones (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014; Connolly et al., 2018) le questionnaire a été utilisé en citant les auteurs de l'outil.

Les deux outils ont été traduits en français. Les quinze questions du CLS et les six questions de l'OEA ont été traduites en utilisant la méthode de traduction inversée (World Health Organization, 2019) avec l'aide d'une traductrice. Ainsi, une traduction a été faite de l'anglais (VA1) vers le français par l'étudiante-chercheuse dans un premier temps. Cette première version française (VF1) a ensuite été remise à la traductrice pour une traduction vers l'anglais (VA2). Les deux versions anglaises (VA1 et VA2) ont été comparées et des correctifs ont été apportés à la version francophone. Cette nouvelle version en français (VF2) et la version originale en anglais (VA1) ont ensuite été testées par une infirmière bilingue

permettant de s'assurer de l'obtention de score similaire aux deux questionnaires. Une discussion avec cette dernière a permis d'apporter les dernières modifications pour obtenir une version française finale (VF3) qui a été prétestée auprès de dix infirmières. Ce prétest visant toutefois à s'assurer de l'ergonomie du questionnaire en ligne, qui incluait les deux questionnaires traduits et les questions sur les données sociodémographique, et d'établir le temps moyen de complétion en vue du recrutement. Ce dernier était de quinze minutes.

4.4 ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies à l'aide du questionnaire ont été analysées au moyen du programme SPSS version 22. La première partie de l'analyse des données comporte des statistiques descriptives décrivant les caractéristiques de l'échantillon. Les statistiques utilisées pour l'échantillon sont des mesures de tendance centrale telle que la moyenne et la médiane. Il y a eu des mesures de dispersion par l'évaluation du minimum, du maximum et l'intervalle de confiance. Des analyses de fréquence et de proportion (%) ont aussi été réalisées.

Pour l'analyse du CLS, la moyenne, le min-max et l'écart-type des scores ont été calculés sur cinq pour chaque item du questionnaire. Les scores de chaque sous-dimension correspondent à l'addition de ces scores et sont présentés sur une échelle de 15. Le score global du leadership clinique correspond à l'addition des scores des cinq dimensions et est présenté sur 75. Pour le OEA, la moyenne, le min-max et l'écart-type des différentes questions ont été calculés sur quatre. Le score global de la perception du soutien présent dans leur environnement de travail est donc présenté sur un score total de 24 et est également obtenu par l'addition des scores des différentes questions. Pour leur questionnaire respectif, Patrick et al. (2011) et Tourangeau et McGilton (2004) n'établissent pas de barème qualifiant les scores obtenus. En conséquence, pour cette étude, plus les scores sont élevés, plus la variable associée à ceux-ci est considérée satisfaisante. Il en est de même pour les autres

études qui ont utilisé le CLS (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014; Connolly et al., 2018).

Finalement, une corrélation de Pearson a été réalisée entre les scores globaux du leadership clinique et de la perception du soutien organisationnel afin d'évaluer l'existence et la force de la corrélation entre les deux variables évaluées. .

4.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet de recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CER) avec des êtres humains de l'Université du Québec à Rimouski le 23 septembre 2016. Le certificat d'éthique émis par le CER est présenté à l'annexe VII « Certificat d'éthique ». Il a été mentionné au CER, qu'une partie de l'étude était faite à l'insu des participants. Comme mentionné précédemment, l'étude vise à déterminer l'influence de la perception du soutien organisationnel sur le leadership clinique des infirmières au Québec. Afin de ne pas biaiser les résultats en mentionnant directement l'hypothèse présumée pour la réalisation de cette étude, il était uniquement mentionné aux participants que la recherche visait à mieux comprendre le leadership clinique des infirmières et infirmiers. Cette décision repose sur l'idée qu'en informant les participants de l'hypothèse de la recherche, ceci pourrait les amener à être plus sévères envers leur organisation et que leurs réponses sur le soutien organisationnel pourraient être biaisées. Ceci repose sur la présomption qu'il peut être moins confrontant pour une personne d'associer son manque de leadership à son organisation qu'à ses propres capacités et intérêts.

La participation des infirmières de la relève était volontaire et un consentement tacite a été obtenu par les participants, c'est-à-dire qu'en remplissant le questionnaire, les infirmières consentaient, du même coup, à participer. Une mention à cet effet était inscrite avant de débiter le questionnaire et une explication exhaustive des différents éléments entourant l'étude y était spécifiée. Les infirmières ont été informées que la participation à l'étude était volontaire et que celle-ci pouvait être interrompue à tout moment pendant le questionnaire. Elles ont également

été informées qu'il n'y avait aucun avantage individuel à la participation à l'étude et qu'il n'y avait pas de risques autant personnels que professionnels à remplir le questionnaire en lien avec leur emploi. Les avantages de participer à la recherche se trouvent au niveau du désir de soutenir le développement des connaissances sur le sujet. Le principal inconvénient était lié au temps mis à remplir le questionnaire.

Bien que l'identité des participants était connue de l'étudiante-chercheuse en raison du tirage d'une carte cadeau, il lui était impossible de relier les réponses aux questionnaires aux participants du tirage, car ceux qui souhaitaient participer au tirage, devaient cliquer sur un hyperlien les amenant sur un autre questionnaire où leurs coordonnées étaient collectées. Les données recueillies n'étaient disponibles que pour l'étudiante chercheuse et la directrice de mémoire. Les informations des questionnaires colligées avec *Google Forms* ont été transférées dans des grilles Excel puis dans une base de données SPSS celles-ci sont conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe, et ce, pour toute la durée de l'étude. Les questionnaires seront détruits sept ans après l'obtention du diplôme par l'étudiante chercheuse, soit en 2029.

CHAPITRE 5

RÉSULTAT

Ce chapitre présente l'analyse des données recueillies dans le cadre de cette recherche. Les résultats présentés dans ce chapitre sont en lien avec les trois objectifs de recherche qui étaient de 1) Mesurer le niveau de leadership clinique chez les infirmières de la relève; 2) Évaluer le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève dans l'exercice de leur rôle professionnel et 3) Vérifier l'existence d'un lien entre le leadership clinique des infirmières et le soutien organisationnel des infirmières de la relève.

La première section du chapitre contient le profil des répondants de l'échantillon. La seconde porte sur les résultats des analyses statistiques de la mesure du leadership clinique et du soutien organisationnel. Enfin, les résultats de l'analyse corrélacionnelle entre le leadership clinique des infirmières et le soutien organisationnel perçu sont présentés.

5.1 PROFILS DES RÉPONDANTS DE L'ÉCHANTILLON

Un total de quatre-vingt-dix-sept infirmières ($N = 97$) ont participé à l'étude. De ce nombre, 19 questionnaires ont été rejetés, car ils ne respectaient pas un critère d'inclusion soit celui de la définition d'infirmière de la relève d'avoir moins de cinq ans de pratique dans la profession.

L'échantillon final de l'étude est donc constitué de soixante-dix-huit infirmières de la relève ($N = 78$), soit quatre de moins que l'échantillon visé initialement pour obtenir une taille d'effet modérée. Les caractéristiques associées à leurs expériences sont résumées au tableau 4 tandis que les caractéristiques sociodémographiques lié à la formation, à l'emploi et au lieu de pratique de l'échantillon sont présentée au tableau 5.

L'échantillon est composé principalement de femmes (88,5 %) et de personnes âgées de 20 à 25 ans (59,0 %). La majorité des infirmières détiennent un diplôme d'études collégiales 48 (61,5 %) et un titre d'emploi associé à une formation collégiale soit 65 (83,3 %). Parmi toutes les participantes, 54 (69,2 %) travaillent à temps partiel comme infirmière dans le réseau de la santé. La moyenne d'années d'expérience dans la profession infirmière est de 27,1 mois (2,25 années). La majorité des participantes travaillent dans un grand centre urbain ou un centre spécialisé régional soit 60 (76,9 %). En ce qui concerne l'acquisition des connaissances portant sur les notions sur le leadership infirmier, 60 (76,9 %) des participantes ont déjà suivi un cours portant sur le sujet.

Tableau 4

Caractéristiques associées à l'expérience (N = 78)

Variable	M	ÉT	Md	Min	Max
Âge en année	25,5	5,1	24	21	47
Mois expérience comme infirmière	27,1	15,9	23	4	60
Mois poste actuel	16,6	11,7	14	1	50
Mois organisation	29,4	18,7	27	0	108

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques lié à la formation, à l'emploi et au lieu de pratique de l'échantillon (N = 78)

Variable	N (%)
Groupe d'âge	
20-25	46 (59,0)
25-30	19 (24,2)
30 +	13 (16,8)
Identité du genre	
Femme	69 (88,5)
Homme	9 (11,5)
Formation	
Collégiale	48 (61,5)
Universitaire	30 (38,5)
A déjà suivi un cours sur le leadership infirmier	
Oui	60 (76,9)
Non	18 (23,1)
A bénéficié d'un programme	
Mentorat – Préceptorat	48 (61,5)
Orientation de base – Aucun	30 (38,5)
Impliqué dans la formation d'autres infirmières (aucun)	
Mentorat – Préceptorat	15 (19,3)
Orientation de base - Aucun	63 (80,5)
Titre emplois	
Associé formation collégiale	65 (83,3)
Associé formation universitaire	13 (16,7)
Statut	
Temps partiel	54 (69,2)
Temps complet	24 (30,8)
Quart de travail	
Jour	13 (16,7)
Soir	23 (29,5)
Nuit	16 (20,5)
Rotation	26 (33,3)
Géographie	
Grands centres et centres spécialisés régionaux	60 (76,9)
Zone rurale	18 (23,1)

5.2 ANALYSES STATISTIQUES

Les moyennes, les écarts types, le minimum, le maximum, l'intervalle de confiance et les scores obtenus pour chaque dimension du questionnaire portant sur le leadership clinique et sur l'environnement de travail sont respectivement présentés aux tableaux 6 et 7. Les scores pour chaque question sont reportés à l'annexe VIII.

5.2.1 Mesures du Leadership clinique

Pour l'ensemble des dimensions, des scores élevés signifient que l'infirmière exerce son leadership clinique dans sa pratique (Patrick et al., 2011). La moyenne globale du leadership clinique est de 59,9/75 ($\acute{E}T = 5,8$). Rapporté sur 5, ce score est de 3,99/5 soit « plutôt en accord ». Le minimum était de 48 et le maximum de 74. En général, il est donc possible de dire que les infirmières dans l'étude percevaient qu'elles exerçaient « plutôt » leur leadership clinique.

Pour les dimensions qui étaient : 1 « Questionner le processus », 2 « Inspirer une vision partagée », 3 « Permettre aux autres d'agir », 4 « Donner l'exemple » et 5 « Encourager le travail fait avec cœur », les analyses indiquent que la dimension 3 ($M = 13,3/15$ (4,43/5), $\acute{E}T = 1,3$) obtient les scores les plus élevés. Les dimensions 2 « Inspirer une vision partagée » ($M = 12,2/15$ (4,06/5), $\acute{E}T = 1,7$), 4 « Donner l'exemple » ($M = 11,9/15$ (3,97/5), $\acute{E}T = 1,5$) et 1 « Questionner le processus » ($M = 11,9/15$ (3,97/5), $\acute{E}T = 1,6$) suivent avec des scores similaires. Finalement, la dimension 5 « Encourager le travail fait avec cœur » ($M = 10,1/15$ (3,37/5), $\acute{E}T = 2,7$) était plutôt faible. Il est possible de comparer les données associées aux différentes dimensions soit au tableau 6.

Tableau 6*Scores moyens du CLS, de ses dimensions et de ses questions*

Variable	<i>M</i>	ÉT	Min	Max	95% IC	Alpha Cronbach (α)
Score global						
Leadership clinique	59,9	5,8	48	74	[58,6-61,3]	0,73
Dimensions						
1. Questionner le processus	11,9	1,6	6	15	[11,5-12,2]	0,53
2. Inspirer une vision partagée	12,2	1,7	5	15	[11,8-12,6]	0,62
3. Permettre aux autres d'agir	13,3	1,3	9	15	[13,3-13,9]	0,54
4. Donner l'exemple	11,9	1,5	6	15	[11,6-12,3]	0,19
5. Encourager le travail fait avec cœur	10,1	2,7	3	15	[9,5-10,7]	0,68

Note : Nombre répondants (N = 78); *M* = moyenne; *ÉT* = Écart-type. *IC* = Intervalle de confiance, Score global : 75, chaque dimension était sur 15

5.2.2 Soutien organisationnel

La moyenne globale obtenue pour la perception du soutien organisationnel dans l'environnement de travail calculée sur 24 est de 15,8 ($M = 15,8/24$, $ÉT = 3,8$, min = 7 et max = 24). Rapporté sur 4, ce score de 2,63/4 se retrouve entre « Plutôt en désaccord » et « Plutôt en accord ». Les détails des analyses statistiques se retrouvent au tableau 7 et sont présentés via la moyenne globale du score de la perception de l'environnement de travail. L'écart-type, étant plutôt élevé, indique que les résultats pour la perception du soutien organisationnel sont dispersés autour de cette moyenne. Les résultats pour chaque question de l'OEA sont disponibles à l'annexe IX. Les questions qui obtiennent la plus faible moyenne sont celles touchant le sentiment de valorisation au travail ($M = 2,4$, $ÉT = 0,9$) et la latitude de changer la façon dont ils organisent leur travail ($M = 2,4$, $ÉT = 0,9$). La question sur le partage des mêmes objectifs dans l'organisation ($M = 3$, $ÉT = 0,7$) est celle ayant un résultat plus élevé.

Tableau 7

Score moyens de l'OEA et des questions individuelles

Variable	<i>M</i>	ÉT	Min	Max	95% IC	Alpha Cronbach (α)
Perception de l'environnement de travail	15,8	3,8	7	24	[15,3-16,7]	0,85

Note. Nombre répondants (N = 78); *M* = moyenne; *ÉT* = Écart-type. *IC* = Intervalle de confiance Score moyen sur 24, chaque item était sur 4 points.

5.3 ANALYSE DE CORRÉLATION ENTRE LE LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIÈRES ET LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL PERÇU

La distribution des deux variables étant normale, une analyse de corrélation de Pearson entre les scores globaux de leadership clinique et ceux de la perception du soutien organisationnel a été réalisée afin d'estimer la cohérence du modèle théorique ayant mené à l'hypothèse que plus les infirmières perçoivent leur environnement comme soutenant, plus elles exercent un leadership clinique fort. La corrélation de Pearson entre les scores globaux du leadership clinique et du soutien de l'organisation est de force modérée ($r = 0.266$, $p = 0.019$) (Cohen, 1988).

5.3.1 Analyses complémentaires exploratoires

Même si l'objectif de la recherche n'était pas de déterminer si des facteurs sociodémographiques ou autres influencent le leadership clinique des infirmières de la relève et comment celles-ci perçoivent le soutien organisationnel, des analyses exploratoires ont été effectuées. Les résultats ne démontrent pas de différence significative. Seul l'identité du genre semble influencer la perception de l'organisation où les femmes obtiendraient des scores significativement plus élevés ($t = 2,610$, $p = 0,01$. Rappelons toutefois qu'il y a peu d'homme dans l'échantillon (11,5%).

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Ce dernier chapitre présente la discussion des résultats de l'étude. En premier lieu, un bref retour sur les caractéristiques de l'échantillon sera présenté, suivi d'une discussion sur les résultats relatifs aux trois objectifs de la recherche et aux questions de recherche. Rappelons que les trois objectifs de recherche sont 1) Mesurer le niveau de leadership clinique chez les infirmières de la relève; 2) Évaluer le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève dans l'exercice de leur rôle professionnel et 3) Vérifier l'existence d'un lien entre le leadership clinique des infirmières de la relève et le soutien organisationnel des infirmières de la relève. Ces objectifs devaient permettre de répondre aux deux questions de recherche suivantes :

- Les infirmières de la relève font-elles preuve de leadership clinique dans leur pratique?
- Le soutien organisationnel qu'elles perçoivent influence-t-il le niveau de leadership clinique des infirmières de la relève?

Le chapitre présente également les limites de l'étude ainsi que ses retombées pour la formation, la pratique clinique, la gestion et enfin des pistes à envisager pour la recherche en sciences infirmières.

6.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de l'étude s'approche du profil type de la nouvelle infirmière au Québec, soit celle ayant moins de cinq ans de pratique, présentée par l'OIIQ en 2017, au moment de

remplir le questionnaire comme ayant un âge moyen de 26,9 ans, faisant partie d'un groupe composé à 87 % de femmes et de 79 % de détentrices d'un DEC (OIIQ, 2017). Le profil est demeuré similaire en 2021 où il s'agissait principalement de femmes (86 %) de moins de 30 ans ayant un DEC (80 %) (OIIQ, 2021a). Le profil est également similaire à celui retrouvé dans l'étude de Chappell et al. (2014) s'étant aussi intéressé aux infirmières de la relève (0 – 24 mois) chez qui la moyenne d'âge était de 27,9 années et l'identité de genre féminin était à 90,5 %. Pour cette étude, en ce qui a trait à la proportion d'hommes (selon l'identité de genre) ayant participé à l'étude, celle-ci est de 11,5% comparativement à celle de la relève au Québec qui se situe plutôt autour de 9% depuis 2018 (OIIQ, 2021a). L'échantillon de la présente étude est donc assez représentatif de la population des infirmières de la relève au Québec du point de vue de l'âge, de l'identité de genre et de la diplomation, malgré le choix d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste.

Parmi les infirmières de la relève de cette étude, 77 % d'entre elles exerçaient dans de grands centres ou des centres spécialisés régionaux et 23,1 % en zone rurale. La proportion de l'ensemble de l'effectif de la relève qui exerce en soins de première ligne est uniquement de 3% (OIIQ, 2021a), cela expliquerait donc pourquoi la majorité des participantes de l'échantillon exercent dans les centres hospitaliers dans le cadre de soins généraux et spécialisés. Les caractéristiques de l'échantillon s'apparentent à celle de la population infirmière de la relève au Québec.

6.2 MESURE DU NIVEAU DE LEADERSHIP CLINIQUE CHEZ LES INFIRMIÈRES DE LA RELEVÉ

Les infirmières représentent la majorité des travailleurs en action dans le réseau de la santé et elles sont dans une position unique pour démontrer leur leadership clinique au quotidien en fournissant des soins de qualité aux patients dans leur pratique. Rappelons que dans cette étude, le leadership clinique des infirmières est défini comme les comportements que l'infirmière manifeste qui fournissent une orientation et un soutien aux patients, aux

familles ainsi qu'à l'équipe de soins lors la prestation des soins (Patrick et al., 2011), et ce, dans le but d'obtenir des résultats positifs pour le patient. Le tout est accompli par la mise en action des cinq pratiques exemplaires de leadership clinique de Kouzes et Posner (1995) (Voir chapitre trois, page 37 à 39 de ce mémoire).

Les autres études ayant utilisé le CLS ont rapporté les résultats de deux façons, soit par le calcul d'une moyenne des items de chaque dimension pour obtenir une moyenne totale rapportée sur cinq (Boamah, 2018, 2019; Chappell et al., 2014) ou comme dans la présente étude, une moyenne de tous les items additionnés par dimensions et un total global sur 75 (Connolly et al., 2018). Pour faciliter la comparaison entre l'étude de ce mémoire et les écrits publiés sur le sujet, les deux ratios sont présentés. Il est également possible de consulter le tableau 8 qui présente un résumé des différentes études ayant mesuré le leadership clinique auprès des infirmières précédemment abordée au chapitre de la recension des écrits.

Tableau 8

Résumé de différentes études quantitatives

Auteurs (Année)	Objectif et population à l'étude
Chappell et al. (2014)	Déterminer les indicateurs des compétences en leadership clinique chez les infirmières autorisées ayant 24 mois d'expérience clinique ou moins avec un programme de transition pour les infirmières nouvellement graduées
Connolly et al. (2018)	Évaluer le leadership clinique des infirmières œuvrant dans un service d'urgence, en se basant sur le fait qu'il est important que les infirmières se sentent psychologiquement et organisationnellement <i>empowered</i> afin d'agir en tant que leaders cliniques
Boamah (2019)	Analyser les attributs essentiels du leadership clinique et tester un modèle reliant les comportements de leadership clinique du personnel infirmier à la qualité des soins aux patients et à la satisfaction au travail
Boamah (2018)	Tester un modèle examinant les relations entre le leadership transformationnel, l' <i>empowerment</i> organisationnel, le leadership clinique du personnel infirmier et les résultats pour les patients

Dans la présente étude, suivant l'analyse du score global, les infirmières de la relève ont rapporté qu'elles exercent plutôt les comportements liés au leadership clinique nécessaire dans l'exercice de la profession. En effet, nous avons jugé le score global moyen obtenu lors de l'étude comme étant plutôt élevé ($M = 59.9/75$ [$M = 3,99/5$ si rapporté sur 5 « la plupart du temps »]). Ce score se rapproche de celui obtenu par Connolly et al. (2018) dont le score moyen rapporté est de $M = 60,84/75$ auprès des infirmières de Nouvelle – Zélande œuvrant dans un service d'urgence.

Le score obtenu est toutefois un peu plus faible en comparaison des résultats de l'étude de Boamah (2018) réalisée en Ontario, qui a obtenu une moyenne globale pour les dimensions à $M = 4,55$ (entre « la plupart du temps » et « toujours »). Même chose pour celle de Chappell et al. (2014), qui avait comme population des infirmières ayant entre 1 et 24 mois d'expérience et qui ont rapporté un score moyen de $M = 4,4/5$. Néanmoins, les résultats de cette étude, comme ceux des autres études ayant fait appel au CLS, corroborent l'idée de Patrick et al. (2011) voulant que de nombreuses infirmières aient intégré le leadership clinique dans leur pratique et commencent à exercer leur rôle de leaders cliniques auprès des patients et de l'équipe de soins.

En effet, le score total du leadership clinique des infirmières dans cette étude a permis de constater que les infirmières de la relève présentent, à leur début de carrière, des comportements associés au leadership clinique tel que l'orientation et le soutien aux patients, aux familles ainsi qu'à son équipe de soins lors de la prestation des soins. Néanmoins, les résultats démontrent qu'il reste de la place à amélioration et soutiennent l'idée, comme le font Chappell et al. (2014) ainsi que d'autres auteurs s'étant intéressé au concept d'étendue de la pratique (Morin & Lessard, 2019; Roy, 2015), qu'il faut miser sur le développement et le renforcement continu de la compétence de leadership clinique au début et tout au long de la carrière.

L'analyse de la moyenne des scores par dimension permet, quant à elle, un regard plus précis de la situation du leadership clinique exercé par les infirmières de la relève au Québec. En ordre de score obtenu (du plus élevé au plus faible) pour cette étude, ces dimensions

étaient « Permettre aux autres d’agir », suivie par « Inspirer une vision partagée » et au même niveau « Donner l’exemple ». Les dimensions « Questionner le processus » et « Encourager le travail fait avec cœur » ont obtenu les scores les plus faibles.

La dimension « Permettre aux autres d’agir » réfère à des notions de partage de l’information et des ressources entre les collègues et de développement des relations de confiance. Dans le questionnaire cette dimension incluait des notions comme les qualités d’écoute active, au développement de relations de coopération entre les pairs et la mise en œuvre d’une relation thérapeutique avec les patients. Ce score indique que les infirmières de la relève se considèrent généralement en mesure d’écouter activement les différents points de vue des collègues, d’établir des relations thérapeutique avec les patients et leur famille tout en maintenant des liens harmonieux de coopération avec leurs pairs. Ceci est cohérent avec ce qu’avance l’AIIAO (2013) à l’effet qu’un milieu où les infirmières peuvent avoir accès au soutien par les pairs peut contribuer à favoriser la rétention du personnel et le sentiment d’appartenance à l’organisation et au développement du leadership (AIIAO, 2013). Autrement-dit, les infirmières de la relève seraient sur la bonne voie de développer leur leadership clinique et d’accroître les attributs et comportements qui lui sont reliés.

En comparant les sous-dimensions du leadership clinique, il peut être constaté que le score élevé pour la dimension « Permettre aux autres d’agir » diffère de ce qui a été observé dans trois études qui ont utilisé le CLS auprès d’infirmières pour lesquelles c’est plutôt la dimension « Donner l’exemple » qui présentait des résultats plus élevés (Boamah, 2019; Connolly et al., 2018). Pour ce qui est de la différence en lien avec la dimension « Donner l’exemple » qui est celle qui renvoie à l’atteinte des objectifs communs en créant des valeurs communes et en réalisant des petites victoires. Cette différence entre la présente étude et les trois autres pourrait s’expliquer par des âges moyens et des durées d’expérience différentes chez les participantes. Ainsi, dans cette étude, l’âge moyen n’est que de 25 ans et la durée des expériences est de 29,4 mois (2,45 années) auprès du même employeur. Pour l’étude de Boamah (2019), l’âge moyen est de 46 ans, avec 21 ans d’expérience comme infirmière et 12 ans auprès du même employeur tandis que pour Connolly et al. (2018), la moyenne d’âge

des participantes se situe entre 40-45 ans. Ceci indique aussi que le leadership clinique se manifeste probablement autrement chez les infirmières de la relève que chez celles plus expérimentées. Le modèle bien connu des stades de développement des compétences de novice à expert de Benner (1995) indique que « Donner l'exemple », réfère à un stade plus avancé de l'apprentissage de la profession, tel que la compétence d'expert. Il est donc attendu que cette dimension soit plus faible pour des infirmières de la relève.

Tout comme dans les études de Boamah (2019) et Connolly et al. (2018), la deuxième dimension qui est la plus forte est celle portant sur « Inspirer une vision partagée » qui est celle qui permet de définir une vision ou un objectif commun et trouver un terrain d'entente sur les objectifs à atteindre. Dans l'étude de Boamah (2019), une forte relation entre la qualité des soins aux patients et la satisfaction de l'environnement de travail a été observée lorsque cette dimension était élevée. Il est donc intéressant de constater, dans le cadre de l'étude réalisée dans ce mémoire, que la relève infirmière se démarque dans cette dimension. Plus précisément, les items de cette dimension touchent la communication efficace, tel que de négocier pour atteindre les objectifs cliniques de l'utilisateur, être confiant et engagé lors des communications avec les patients et prendre part aux échanges avec les collègues afin de fournir des soins centrés sur le patient. Cela est d'ailleurs cohérent avec l'approche centrée sur la personne et le partenariat avec le patient (Klein et Ducroux, 2009 ; Pomey et al., 2019) qui sont préconisés pour offrir des soins de qualité au Québec et au pays. De plus, dans les environnements de travail considérés favorables, les infirmières qui exercent un leadership clinique seraient plus susceptibles d'inspirer une approche plus globale des soins aux patients grâce à une communication efficace, à une bonne collaboration avec d'autres professionnels de la santé, au rôle d'*avocacy* auprès des patients et à la remise en question du statu quo, en particulier si elles estiment que le bien-être des patients est menacé (Patrick et al., 2011). Grâce à la mise en œuvre d'un partenariat entre les collègues et les patients, les leaders cliniques ont la capacité de contribuer à la prise de décisions cliniques ce qui favorise la sécurité des patients et par le fait même des soins de meilleure qualité (Boamah, 2019; Chávez & Yoder, 2015).

Les infirmières donnent l'exemple en procurant de bons exemples pour le nouveau personnel, en appliquant les standards professionnels et en partageant leurs connaissances et leurs expertises auprès des collègues et des patients (Patrick et al., 2011). Les infirmières qui donnent l'exemple visent à créer des valeurs partagées et à obtenir de petites victoires (Kouzes & Posner, 1995). Les attributs du leadership clinique qui vont dans ce sens sont la compréhension interpersonnelle, la collaboration et la coordination. Lorsque les infirmières prennent le temps de comprendre les préoccupations exprimées et non exprimées par les autres et qu'elles sont capables de percevoir une situation lors des soins aux patients, elles servent de modèles à la fois pour les patients et pour les autres membres de l'équipe soignante (Connolly et al., 2018). Il est donc attendu que cette dimension ne soit pas la plus élevée dans la présente étude, car les infirmières de la relève questionnées sont encore en train d'établir leurs bases et leurs repères pour exercer leur profession. La littérature démontre d'ailleurs que plus l'infirmière est exposée à de situations cliniques, plus elle est en mesure d'exercer un leadership plus fort (Chappell & Richards, 2015).

Pour la dimension « Questionner le processus », qui se veut être la remise en question sur le statu quo, le retour et la diffusion des apprentissages réalisés en lien avec les échecs et les bons coups, elle a été évaluée de manière similaire à l'étude de Boamah (2019) et Connolly et al. (2018). Cependant, cette dimension est très peu discutée, dans leurs travaux. Dans le cadre de cette étude, nous croyons que cette dimension est peu élevée pour les mêmes raisons que la dimension précédente, « Donner l'exemple », soit parce que l'appropriation du rôle de l'infirmière et l'apprentissage de son rôle sont encore en cours.

Tout comme les chercheurs Boamah (2019) et Connolly et al. (2018), la dimension la moins élevée est « Encourager le travail fait avec cœur ». Cette dimension touche les relations interpersonnelles telles que la reconnaissance de la contribution des collègues et la célébration des réalisations de ceux-ci. Les questions de cette dimension portaient plus précisément, sur la reconnaissance des collègues qui incarnent l'engagement envers les valeurs professionnelles, sur la réalisation de rétroaction positive lorsque les actions posées par l'équipe de travail contribuent au bien-être des patients et famille et sur les moyens

trouvés pour célébrer les réussites de l'équipe. Ce score plus bas peut refléter qu'il y a peu ou pas de célébrations des réalisations entre les collègues, peu de reconnaissance des valeurs des pairs et peu ou pas de commentaires positifs entre ceux-ci (Connolly et al., 2018). Le mémoire de Simard (2011) portant sur l'identification des besoins de reconnaissance au travail des infirmières en soins de courte durée va dans ce sens en, rapportant que les manifestations de reconnaissances s'avèrent plutôt rares et que rien ne semble indiquer qu'elles répondent aux besoins des infirmières. Il est donc supposé que le fait de bénéficier de peu de reconnaissance dans leur environnement de travail pour la relève infirmière fait qu'elles ont moins tendance à en procurer, à leur tour, à leurs collègues.

La reconnaissance en tant que leader clinique est importante pour la pratique professionnelle des infirmières auprès des patients, car les infirmières qui se considèrent comme des professionnelles capables d'influencer les décisions sont plus efficaces (Connolly et al., 2018; McGoldrick et al., 2001). Le sentiment de non-reconnaissance au travail est fréquemment rapporté par différentes instances telles que les médias sociaux et publics, les journaux, les associations infirmières, les syndicats, etc. Mais, même si le manque de reconnaissance semble bien connu de tous, la révision des écrits sur le sujet semble démontrer que la reconnaissance est peu étudiée empiriquement. Il demeure donc difficile d'expliquer les raisons expliquant que cette dimension est peu élevée.

6.3 SOUTIEN ORGANISATIONNEL DANS L'EXERCICE DE LEUR RÔLE

Dans cette étude le score global du soutien organisationnel est de $M = 15,8/24$ ce qui paraît peu élevé. Ce score semble refléter la perception par les infirmières de la relève de cette étude, d'un environnement de travail peu soutenant ou insuffisant ($M = 15,8/24$, $ÉT = 3,8$). L'absence d'un point central dans l'échelle de Likert à 4 niveaux force les participantes à se positionner en faveur ou non quant à leur perception du soutien organisationnel, rend toutefois l'interprétation plus difficile (Legardinier, 2014). Le score total révèle néanmoins que les infirmières de la relève ne se sentent pas totalement soutenues par leur organisation.

Par ailleurs, il semble y avoir une grande variabilité dans les réponses, car le minimum obtenu pour chaque question variait de 7 à 24 ($M = 15,8/24$, $ÉT = 3,8$).

On note des résultats plus faibles pour les deux questions portant sur le sentiment de valorisation au travail ($M = 2/4$, $ÉT = 0,9$) et sur la latitude de changer la façon d'organiser son travail ($M = 2,4/4$, $ÉT = 0,9$). Le faible résultat indique que les infirmières de cette étude n'ont pas suffisamment accès aux quatre éléments primordiaux d'un environnement soutenant selon Kanter (1993) soit : 1) la présence d'informations; 2) de ressources; 3) de soutien et 4) d'opportunités. Ces résultats sont préoccupants, car Aiken et al. (2011), dans leur étude ayant pour objectif de déterminer les conditions qui peuvent avoir un impact sur le taux de mortalité des usagers, ont ciblé le soutien des hôpitaux à la prise de décision par les infirmières comme un élément les rendant plus susceptibles de fournir des soins de qualité supérieure aux patients. La qualité des soins serait d'ailleurs directement affectée par le fait que les infirmières sont des participantes actives dans une organisation et si elles se sentent *empowered* à prendre des décisions concernant le plan de soins de leurs patients et qu'elles se sentent soutenues par leur organisation (Connolly et al., 2018).

Les résultats de cette étude concordent avec la méta-analyse de Parker et al. (2003) sur la relation entre les perceptions du climat et les retombées au travail qui soutient que des opportunités de développement et du soutien continu offert par l'organisation, contribuent au développement et à l'intégration des infirmières de la relève. Ce type de soutien permet de créer une perception positive de l'environnement de travail, ce qui assurera plus tard la satisfaction des employés et la qualité des soins auprès des patients. Dans cette étude, les infirmières de la relève mentionnaient avoir peu d'opportunité de développement personnel ($M = 2,6/4$, $ÉT : 0,9$) et professionnel ($M = 2,6/4$, $ÉT : 1,0$). Cela semble expliquer un score moyen peu élevé quant à la mesure de la perception du soutien organisationnel par les infirmières de la relève.

6.4 LIEN ENTRE LE LEADERSHIP CLINIQUE ET LA PERCEPTION DU SOUTIEN ORGANISATIONNEL

Les résultats de l'étude mettent en évidence le rôle important du soutien organisationnel perçu dans l'exercice du leadership clinique des infirmières de la relève.

En effet, l'analyse de corrélation entre les scores globaux de leadership clinique et ceux de la perception du soutien permet de confirmer l'hypothèse que plus les infirmières perçoivent leur environnement comme soutenant, plus elles exercent un leadership clinique fort en obtenant une corrélation modérée ($r = 0,266, p = 0,019$). Les résultats de cette étude tendent à démontrer l'importance du rôle de l'environnement de travail des infirmières de la relève. Cela renforce l'idée qu'en fournissant, selon le modèle de Kanter (1993), des ressources, de l'information, du soutien et des opportunités, les infirmières seraient en mesure d'exercer un leadership clinique dans leur pratique au quotidien, qui a comme effet, d'offrir des soins de haute qualité (Aiken et al., 2011; Chávez & Yoder, 2015; Mannix et al., 2013; Supamane et al., 2011; Wong et al., 2013), mais les arguments ou les liens entre le leadership clinique et les résultats pour les patients restent à démontrer.

Les résultats sont congruents avec d'autres études et fournissent une preuve supplémentaire à l'effet que le leadership clinique est associé à l'environnement de travail (Boamah, 2018; Patrick et al., 2011). En tant que leader, les organisations ont la responsabilité de fournir l'accès à des structures soutenantes (Kanter, 1993). Afin que les infirmières de la relève exercent un leadership clinique adéquat dans une équipe de soins, les gestionnaires doivent s'assurer qu'elles aient accès à toutes les ressources dont elles ont besoin pour faire le travail et participer pleinement aux décisions cliniques, tout en ayant l'autonomie nécessaire pour agir sur les décisions qu'elles prennent (Kanter, 1993). Cette étude soutient donc les conclusions de Patrick et al. (2011) selon lesquelles les environnements de travail influencent positivement la capacité des infirmières à adopter des comportements de leadership clinique tout en fournissant des soins directs aux patients.

En somme, cette étude a permis de répondre aux deux questions de recherche. Pour la première, portant sur l'évaluation de la présence ou non de comportements de leadership clinique chez les infirmières de la relève dans leur pratique au quotidien, nous pouvons affirmer que les infirmières de la relève se perçoivent plutôt comme des leaders dans leur pratique clinique au quotidien, mais des améliorations sont possibles. Pour la deuxième, portant sur l'influence du soutien organisationnel quant au niveau de leadership clinique exercé auprès de celles-ci, l'étude semble confirmer que les infirmières de la relève qui perçoivent leur environnement organisationnel comme soutenant exercent un leadership clinique plus fort.

6.5 LIMITES DE L'ÉTUDE

Certaines limites ont pu influencer les résultats de cette étude. Bien que l'utilisation d'un devis quantitatif descriptif ait permis de répondre aux objectifs et questions de recherches par l'obtention d'un échantillon qui présente des caractéristiques similaires à la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage non probabiliste et la taille de l'échantillon ne permettent pas de généraliser entièrement les résultats à la population des infirmières de la relève au Québec et ailleurs. Il s'agit néanmoins d'un premier projet de ce genre au Québec et celui-ci ouvre la voie à d'autres études sur le leadership clinique des infirmières de la relève au Québec.

Tout d'abord, rappelons que la taille de l'échantillon s'est avérée suffisante pour démontrer une corrélation modérée entre les deux concepts à l'étude, mais possiblement insuffisante pour démontrer les effets des caractéristiques sociodémographiques sur les variables dépendantes explorées dans cette étude (leadership clinique et soutien organisationnel perçu), ce qui aurait nécessité un échantillon de plus grand.

Par la suite, le mode d'échantillonnage non probabiliste par convenance présente certaines limites. Bien qu'il est permis de constituer rapidement l'échantillon afin d'exécuter

l'étude, il limite l'inférence statistique à l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2021), car l'échantillon n'a pas été constitué aléatoirement à partir de la population à l'étude, mais à partir des infirmières de la relève qui ont accepté de répondre au questionnaire en ligne diffusé par le réseau de l'UQAR et des médias sociaux. Il n'y avait donc pas de contrôle sur qui a fait partie de l'étude, sur le nombre final de participantes ni sur leur niveau d'expérience et d'exposition aux éléments étudiés. L'échantillon est constitué principalement d'étudiantes au baccalauréat, car la diffusion du questionnaire avait été amorcée par une approche par courriel aux étudiantes du programme de 1^{er} cycle en sciences infirmières à l'UQAR. Il y a donc une sous-représentation d'infirmières bachelières diplômées étant donnée l'approche vers des étudiantes. Par ailleurs, en sollicitant des étudiantes de l'UQAR, il y a implicitement une surreprésentation de participantes provenant de l'Est-du-Québec. Donc, la généralisation à la population des infirmières de la relève québécoise doit être faite avec prudence et le contexte de la recherche doit être pris en compte. L'échantillon de la présente étude présente néanmoins des caractéristiques similaires à la population des infirmières de la relève québécoises en ce qui a trait à la moyenne d'âge et la répartition de l'identité de genre.

Bien que plusieurs mesures aient été mises en place pour assurer la rigueur de l'étude et la reproductibilité des résultats, certains biais sont à considérer. Nous sommes d'avis que les réponses des infirmières de la relève puissent être teintées par la désirabilité sociale compte tenu de leur intégration récente à la profession et dans les milieux de soins. En somme, ce biais peut influencer et modifier les résultats à un test, ce qui influence la validité des conclusions tirées à partir du questionnaire. Plus précisément, la désirabilité sociale peut influencer les réponses à certains items en lien avec ce que les répondants jugent désirable selon le contexte du questionnaire (Desbiens, 2020).

Les données ont été recueillies par des questionnaires autoadministrés et les infirmières de la relève se sont attribuées des résultats assez élevés quant à leurs comportements associés au leadership clinique. L'interprétation des données doit donc être prudente et contextualisée, car elle examine uniquement les perceptions de chaque infirmière sur le plan individuel. Il

serait intéressant pour de futures recherches de mesurer et objectiver le tout dans une évaluation en mode « observateur », par un membre désigné, des comportements de leadership clinique exercé par l’infirmière dans sa pratique en temps réel.

Une autre limite porte sur l’instrument de mesure sélectionné pour la mesure de la perception du soutien organisationnel. Un outil validé en contexte québécois aurait été préférable et aurait facilité l’interprétation des résultats. Le choix de cet outil était basé sur le fait qu’il a été utilisé pour évaluer l’environnement de travail dans l’adaptation d’un outil de Kouzes et Posner (1995) dans un contexte d’utilisation auprès des infirmières dans l’étude canadienne de Tourangeau et McGilton (2004). L’outil en question était le LPI, mentionné précédemment dans ce mémoire, et il est la base de la création de l’outil de Patrick et al. (2011), le CLS, qui est le cœur de ce projet de recherche. Le tout semblait être relié théoriquement et il a paru être une bonne idée d’utiliser des outils interreliés. Le fait qu’il n’ait pas été utilisé dans d’autres études a toutefois empêché la comparaison des résultats de cette étude avec d’autres pour cette variable.

Par ailleurs, un biais de validité interne induit par les outils de mesure constitue une limite à prendre en considération. Il n’est pas possible d’assumer que les outils de mesures sont fiables et validés puisque les analyses permettant de valider sont insuffisantes dans cette étude, mais il ne s’agissait pas d’un des objectifs de la recherche. Le questionnaire a été traduit selon un processus rigoureux, mais la validation s’est limitée à l’examen de la cohérence interne. De plus, un questionnement persiste quand à l’adaptation québécoise de la question 11 à la dimension « Donner l’exemple » a peut-être influencé l’orientation de la réponse des participantes. Voici la question originale et celle traduite :

- *I try to ensure we work towards achievable goals, make concrete plans and establish measurable objectives in achieving clinical patient outcomes.*
- Je m’assure que les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) avec lesquels nous travaillons reposent sur des objectifs mesurables, réalistes et concrets pour le patient.

Or, bien que le PTI partage les mêmes objectifs que la question 11 de la version anglaise, qu'il inclut des objectifs réalisables, concrets et mesurables pour obtenir des résultats cliniques pour les patients, celui-ci peut avoir mauvaise presse auprès de plusieurs infirmières et infirmiers du Québec. Dans sa thèse, portant sur le développement du leadership clinique et celui de la leader infirmière, Godin (2018) rapporte que dans le contexte actuel, des infirmières considèrent le PTI comme un outil de reconnaissance professionnelle qui permet de favoriser l'exercice de leur leadership alors que d'autres le comparent à une tâche de plus à effectuer au quotidien (Godin, 2018). L'auteure précise que des insatisfactions viennent du fait que l'implantation des PTI n'a pas mené à des révisions de ces tâches ou à l'octroi de temps supplémentaire pour la réalisation des PTI (Godin, 2018). Considérant ces insatisfactions vis-à-vis le PTI par certaines infirmières, il est possible que la réponse à cette question ait été affectée expliquant le faible résultat obtenu pour la dimension « Donner l'exemple » ($M = 11,9/15$) et influence également la cohérence interne ($\alpha = 0,19$).

6.6 RECOMMANDATIONS

Cette étude apporte des éléments intéressants pour la recherche en sciences infirmières. Cependant, des recherches supplémentaires seront nécessaires pour démontrer plus précisément les effets des caractéristiques sur les variables explorées dans d'autres échantillons similaires auprès de la relève et dans divers contextes cliniques tels que les soins de santé primaires et dans les milieux spécialisés. Il serait également intéressant de mener des études plus exhaustives reliant le leadership clinique à la santé des patients et la qualité des soins. En réponse à ces constats, des pistes d'interventions et de recommandations pour la pratique clinique, la formation et la gestion sont proposées.

6.6.1 Recommandations pour la formation

Pour s'assurer que les infirmières sont prêtes à assumer un rôle de leader dans les établissements de santé, les compétences de leadership doivent être intégrées à tous les niveaux de la formation. Il faut présenter le leadership clinique comme étant accessible et une compétence à développer, mais qui n'est pas nécessairement innée chez toutes les infirmières. Il faut sortir du cadre très théorique des types de leadership et intégrer des exemples concrets du leadership clinique dans le cursus scolaire. Il est aussi nécessaire d'introduire les notions de leadership au-delà des cours ayant comme objectif d'amener les différents modèles de leadership. Les compétences du leadership clinique peuvent être enseignées (Pepin et al., 2011) et il serait intéressant d'en faire l'évaluation dès le début des stages dans les milieux de soins. Cette recherche a démontré que les infirmières de la relève exercent plutôt leur leadership clinique et ce dès leur entrée dans la profession. Il est important de sensibiliser cette relève qu'elle peut contribuer significativement à relever les défis rencontrés par le système de soins, dont ceux de l'accessibilité aux services de santé et de la qualité et la sécurité des soins (OIIQ, 2014).

6.6.2 Recommandations pour la pratique clinique

Pour la pratique clinique, les résultats suggèrent qu'il peut être avantageux pour les infirmières d'exercer le leadership clinique dans les milieux de soins. Les infirmières peuvent et doivent améliorer leurs compétences de leadership clinique à travers leur expertise clinique, une communication efficace, la collaboration, la coordination et leurs relations interpersonnelles qui sont les comportements et les attributs du leadership clinique (Patrick et al. 2011).

Cette étude a mis en lumière que le soutien organisationnel offert aux infirmières de la relève avait un impact sur le leadership clinique exercé par celles-ci. Des consultations et réflexions futures seront nécessaires pour explorer les meilleures façons d'aider les

infirmières de la relève à développer leurs compétences en leadership clinique et comment leur offrir le soutien nécessaire. Le tout pourrait être amorcé et dirigé par les différents comités représentant la relève infirmière tels que les comités jeunesse régionaux de l'OIIQ et les comités de la relève infirmière dans les différents établissements de santé. Les consultations doivent impliquer les infirmières de la relève dans les discussions ainsi que les gens responsables de les intégrer et de les soutenir. Des outils pour le soutien clinique de la mise en œuvre du leadership clinique pourraient être développés afin de renforcer la promotion de celui-ci au quotidien. Des questionnaires d'autoévaluation pourraient être proposés aux infirmières afin de les sensibiliser davantage à leur niveau de leadership clinique comme le propose le NHS avec son cadre de compétence du leadership clinique (NHS, 2011). Des formations et de l'accompagnement devraient également être offerts directement auprès des infirmières dans leur milieu de travail.

6.6.3 Recommandations pour la gestion

À la suite des résultats de cette recherche, les gestionnaires des établissements de santé sont en mesure de comprendre davantage le leadership clinique des infirmières de la relève ainsi que l'importance de leur offrir du soutien dès leur entrée en fonction dans l'organisation. Les gestionnaires doivent soutenir et habiliter les infirmières en leur fournissant l'accès à l'information, au soutien, à des ressources adéquates et à des opportunités d'apprendre et de se développer professionnellement (Kanter, 1993). Ils doivent également apporter du soutien aux infirmières en les aidant à cheminer dans la mise en œuvre du leadership clinique au quotidien. Les gestionnaires doivent recadrer, soutenir et donner de la rétroaction aux infirmières sous l'angle des comportements associés au leadership clinique.

Les résultats de ces réflexions devraient être rapportés auprès de différents comités aviseurs dont les conseils des infirmières et infirmiers des organisations, les conseils d'administration ainsi que les directions partenaires (direction des soins infirmiers et directions cliniques). De plus, des présentations dans les colloques auprès des gestionnaires

et la publication d'un article révisé par les pairs permettrait la diffusion des résultats et de rejoindre le plus de gens possible.

L'analyse des résultats des différentes consultations permettrait alors de prendre un temps de réflexion et de questionner les facteurs qui peuvent contribuer à la mise en œuvre d'un milieu de travail soutenant pour les infirmières de la relève. Reconnaître les préoccupations des nouvelles infirmières diplômées permet de leur assurer un développement adéquat et contribue à la stabilité et au développement de leurs compétences (Cleary et al., 2013).

Également, dans un contexte de contraintes économiques et budgétaires, les organisations de soins de santé doivent développer, protéger et maintenir les environnements de travail soutenant (Patrick et al., 2011) afin d'aider les infirmières à mettre en pratique les comportements et leurs compétences de leadership. La mise en place d'interventions misant sur l'amélioration de l'environnement de travail des infirmières est un élément à prioriser afin que les infirmières de la relève puissent maximiser leur contribution à la santé de la population (SIIDEF, 2021b). Les gestionnaires doivent également miser sur la reconnaissance des pairs et entre ceux-ci afin de créer un environnement soutenant (Kanter, 1993).

6.6.4 Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Il est recommandé de poursuivre d'autres recherches sur le leadership clinique auprès des infirmières et plus précisément celui des infirmières de la relève. Cette étude a été réalisée avec un échantillon de petite taille. Il est donc recommandé d'obtenir un plus grand nombre de participantes afin de déterminer quelles sont les caractéristiques ou antécédents des infirmières de la relève et de leur environnement de travail susceptibles d'influencer leur leadership clinique. Les recherches futures pourraient ainsi explorer s'il existe des liens ou des différences significatives dans la mise en œuvre d'un leadership clinique via divers

indicateurs sociodémographiques, tels que l'âge, le sexe en fonction de l'identité de genre, les années de pratiques et autres antécédents du leadership clinique (Chavez et Yoder, 2015). La corrélation entre le leadership clinique et l'étendue de la pratique serait également intéressante à étudier dans le contexte québécois.

Par ailleurs, tel que brièvement abordé dans la section des limites, il serait intéressant d'ajouter des données qualitatives observées par les pairs afin de recueillir davantage la réalité terrain et non la perception des participantes. C'est d'ailleurs le cas dans l'outil, le LPI, de Kouzes et Posner (1995), où il existe un questionnaire autoadministré et une collecte de données effectuée par un observateur. De plus, l'instrument de mesure sélectionné pour la mesure de la perception du soutien organisationnel n'avait pas encore été utilisé en contexte québécois. D'autres études pourraient permettre de le valider dans ce contexte.

Enfin, comme la relève infirmière est précieuse et qu'il est important de la maintenir dans le réseau pour les prochaines années, des recherches en lien avec la rétention de celle-ci et leur intention de rester ainsi que l'influence de la stabilité des équipes seraient à propos.

CONCLUSION

Au quotidien les infirmières accompagnent et soignent des patients de tous âges provenant de différents milieux. Leur rôle est en constante évolution et les infirmières doivent constamment s'adapter aux différentes réalités de leur milieu de travail et ajuster leur pratique en conséquence. Afin de maximiser les soins dispensés d'aujourd'hui et de demain, les infirmières devront tout faire en leur pouvoir pour maximiser leur champ d'exercice et exercer un leadership clinique fort, et ce, dans leur pratique au quotidien. Des défis demeurent quant à l'intégration des infirmières de la relève et il est impératif de s'y attarder pour qu'elles exercent leur profession à leur plein potentiel et qu'elles contribuent à la qualité des soins et à la santé de la population.

Parallèlement à la littérature qui met en évidence les bénéfices et les avantages de l'exercice d'un leadership infirmier fort dans la pratique infirmière et dans les organisations, la présente étude a permis de décrire le leadership clinique des infirmières de la relève au Québec et de mettre en lumière l'influence du soutien organisationnel offert.

Malgré les limites rapportées, les résultats mettent de l'avant que les infirmières de la relève exercent plutôt leur leadership clinique et qu'un environnement plutôt soutenant y est favorable. Ces connaissances permettent de proposer des pistes d'amélioration aux professionnels chargés de former, d'accueillir, d'intégrer et d'encadrer cette essentielle relève dans les organisations de santé.

Les recommandations qui en découlent visent une appropriation entière, par les infirmières de la relève, de leur champ d'exercice ainsi que des activités qui s'y rattachent. Il faut former et sensibiliser la relève infirmière à l'importance d'exercer son leadership clinique au quotidien pour relever les défis rencontrés par le système de soins et offrir des soins de qualité. Il faut leur permettre de développer leurs compétences en leadership clinique en les accompagnant et en effectuant des rétroactions régulièrement. Les gestionnaires doivent également soutenir et habiliter les infirmières en leur fournissant, dès leur entrée en poste, l'accès à de l'information, à du soutien par les pairs, à des ressources et à des

opportunités d'apprendre et de se développer professionnellement. Enfin, les recherches doivent se poursuivre afin de mieux comprendre comment retenir cette précieuse relève et comment lui permettre d'accroître ses compétences de leader au quotidien dans sa pratique auprès des patients.

ANNEXE I
COMMUNICATION DE RECRUTEMENT

Chères infirmières et infirmiers,

Nous menons actuellement une recherche afin de mieux comprendre le leadership clinique des infirmières et infirmiers de la relève.

En tant qu'infirmière de la relève, votre opinion sur la question est d'une grande importance!

C'est pour cette raison que nous vous demandons de prendre quelques minutes de votre temps afin de remplir le questionnaire en ligne disponible à l'adresse suivante : <https://goo.gl/forms/YR7r54k3FXnj5pal2>

Ce questionnaire comprend 38 questions à choix de réponses et il vous prendra une quinzaine de minutes pour le compléter.

Veillez noter que votre participation à cette étude est volontaire et que les informations que vous fournirez seront traitées de manière confidentielle afin qu'il ne soit pas possible d'identifier aucun participant. **Nous vous demandons de remplir le questionnaire en ligne avant le 1er novembre 2016.**

Avant de remplir le questionnaire, nous vous demandons de prendre le temps de bien lire les informations qui vous seront présentées au tout début du questionnaire en ligne. À tout moment, si vous avez des questions ou si vous désirez formuler des commentaires au sujet de cette étude, vous pouvez contacter Mme Julie Maranda, infirmière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQAR à l'adresse électronique figurant à la fin du courriel.

Il y aura tirage d'une carte cadeau de 40\$ chez Sport Expert parmi tous les participants

Merci à l'avance de participer à cette recherche. Sa réalisation va permettre de mieux comprendre comment soutenir les infirmières et infirmiers du Québec dans l'exercice de leur pratique clinique. N'hésitez pas à faire imprimer l'affiche du projet et de la diffuser dans vos milieux auprès de vos pairs. Il est recommandé d'utiliser un ordinateur pour remplir le questionnaire.

N'hésitez pas à diffuser l'information à vos amis et collègues.

Cordialement,

Julie Maranda inf., B. Sc. Étudiante à la maîtrise en Sciences infirmières

ANNEXE II
AFFICHE PROMOTION DE L'ÉTUDE

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE LA RELÈVE RECHERCHÉS POUR PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

Si vous êtes une infirmière ou un infirmier de la relève comptant cinq ans ou moins de pratique et travaillant auprès de personnes / patients dans un milieu clinique, votre opinion sur la question est d'une grande importance!

La participation à ce projet implique de remplir un questionnaire auto-administré en ligne d'une durée d'environ 15 minutes. Vous avez jusqu'au 1^{er} novembre pour participer.

Pour plus d'information, contactez :

Julie Maranda infirmière bachelière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmière
par courriel au : Julie.Maranda@uqar.ca

Il y aura tirage d'une carte cadeau de 40\$ chez
Sport Expert parmi tous les participants

Merci à l'avance de participer à cette étude!

UQAR

Cette étude réalisée par Julie Maranda, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) sous la supervision de Lily Lessard inf. Ph.D professeures en sciences infirmières de l'UQAR. Elle a été approuvée par le comité d'éthique de l'UQAR

ANNEXE III
QUESTIONNAIRE *CLINICAL LEADERSHIP SURVEY*

CLINICAL LEADERSHIP SURVEY

Pour les 15 prochaines questions, sur une échelle de 1 à 5, 1 étant « pratiquement jamais » et 5 « toujours », vous devez choisir le chiffre qui décrit le mieux votre situation. Prenez le temps de bien lire les énoncés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous vous invitons à répondre le plus honnêtement que possible afin d'arriver à une véritable compréhension de l'exercice du leadership clinique.

1.	Lorsque je suis préoccupé par le bien-être du patient, je me risque à questionner les ordres de mes supérieurs et/ou le traitement proposé par d'autres collègues ou d'autres professionnels de la santé.	1	2	3	4	5
2.	Je suis capable d'appuyer mes décisions cliniques par des données probantes. <i>Les données probantes scientifiques sont des sources de renseignement permettant d'aider les professionnels dans leur processus de décision clinique. La décision clinique repose donc sur plusieurs données qui doivent tenir compte du contexte clinique et du patient.</i>	1	2	3	4	5
3.	Je m'engage dans une pratique réflexive et j'essaie de comprendre ce qui a bien été et ce qui n'a pas bien été. <i>La pratique réflexive peut être définie comme étant la croissance et la découverte de soi, de ses connaissances et de ses habiletés pour développer sa pratique infirmière.</i>	1	2	3	4	5
4.	Afin d'aider les patients à atteindre leurs objectifs, je n'hésite pas à négocier avec les membres de soins interprofessionnels ou à les soutenir.	1	2	3	4	5
5.	Je suis confiant et engagé lors des communications avec les patients afin d'atteindre les objectifs centrés sur le patient.	1	2	3	4	5
6.	Je prends part à des conversations significatives avec mes collègues pour favoriser notre capacité à fournir des soins centrés sur le patient.	1	2	3	4	5
7.	J'écoute activement les différents points de vue des collègues.	1	2	3	4	5
8.	J'établis des relations thérapeutiques avec les patients et leur famille qui sont basées sur la confiance.	1	2	3	4	5
9.	Je développe des relations de coopération avec mes pairs et mes collègues.	1	2	3	4	5
10.	Je fais de mon mieux pour tenir les promesses et les engagements que je fais aux patients.	1	2	3	4	5
11.	Je m'assure que les plans thérapeutiques infirmiers (PTI) avec lesquels nous travaillons reposent sur des objectifs mesurables,	1	2	3	4	5

	réalistes et concrets pour l'atteinte des résultats cliniques pour le patient. <i>Plan thérapeutique infirmier (PTI) : Le PTI est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client, le PTI dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du client et qui portent notamment sur la surveillance clinique, les soins et les traitements.</i>					
12.	Je suis engagé dans les soins centrés sur le patient. <i>Soins centrés sur le patient : Signifie que le patient/client (et, le cas échéant, sa famille) est au centre des soins qui lui sont destinés. Les soins centrés sur le patient incluent l'écoute du patient et de sa famille ainsi que leur participation comme membres de l'équipe soignante au niveau de la prise de décision.</i>	1	2	3	4	5
13.	Je reconnais publiquement mes collègues qui incarnent l'engagement envers les valeurs professionnelles. <i>Exemple : Soumission de la candidature pour un prix régional ou local par exemple soirée reconnaissance du CII ou de l'ordre des infirmières et infirmiers régional.</i>	1	2	3	4	5
14.	Je procure des rétroactions positives aux collègues lorsque leurs actions contribuent au bien-être des patients et des familles.	1	2	3	4	5
15.	Je trouve des moyens pour célébrer les réussites de mes collègues.	1	2	3	4	5

ANNEXE IV
QUESTIONNAIRE *ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT ASSESSMENT*

ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT ASSESSMENT

Pour les prochaines questions, sur une échelle de 1 à 4, 1 étant « fortement en désaccord » et 4 « fortement en accord », vous devez situer votre degré d'accord avec les 6 affirmations suivantes. Prenez le temps de bien lire les énoncés. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Dans le questionnaire, lorsqu'il est mention de « cet environnement », il s'agit de votre milieu/unité de travail.

1.	Les personnes qui travaillent dans cette organisation partagent les mêmes objectifs.	1	2	3	4
2.	Les personnes qui travaillent dans cet environnement se sentent valorisées pour le travail qu'elles font.	1	2	3	4
3.	Lorsque moi ou les autres prenons des décisions, elles sont soutenues.	1	2	3	4
4.	Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont des opportunités de développement professionnel. Exemple : Formation continue	1	2	3	4
5.	Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont des opportunités de développement personnel. Exemple : Confiance en soi	1	2	3	4
6.	Les personnes qui travaillent dans cet environnement ont la latitude de changer la façon dont ils organisent leur travail.	1	2	3	4

ANNEXE V
AUTORISATION TRADUCTION ET UTILISATION OEA

RE: The organizational environment assessment questionnaire

Ann Tourangeau <ann.tourangeau@utoronto.ca>

mer. 2016-05-25 11:14

À : Maranda Julie <Julie.Maranda@uqar.ca>;

Cc : Ann Tourangeau <ann.tourangeau@utoronto.ca>;

Hi Julie,

You may indeed use the 6-item instrument we created. There are some psychometric properties of the scale in this article that you can use to establish the reliability and validity of the instrument.

The copyright for the LPI is not owned by me so you cannot use that instrument at all without contacting Kouzes and Posner for their permission.

Best of luck with your research!

Ann Tourangeau

ANNEXE VI
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1.	Quel âge avez-vous?
2.	Quel est votre sexe? <i>(Féminin, masculin, préfère ne pas répondre)</i>
3.	Dans quelle ville ou village travaillez-vous la majorité du temps ? Si vous travaillez dans plusieurs villes ou villages, il est possible d'en écrire jusqu'à 5 (allant du milieu d'affectation le plus fréquent au moins fréquent) <i>Notez bien : le nom des villes ou villages ne sera jamais mentionné dans les résultats ou dans les publications afin d'éviter que des personnes soient reconnues. Cette information vise à départager les milieux urbains des milieux ruraux.</i>
4.	Quelle est votre formation (diplômes obtenus) ? <i>(Collégial (Cégep), Certificat en Sciences infirmières, Certificat autre qu'en Sciences infirmières, DEC-BAC, Baccalauréat en Sciences infirmières (initial), Baccalauréat en Sciences infirmière (perfectionnement), Baccalauréat autre qu'en Sciences infirmières, Deuxième ou troisième cycle universitaire (maîtrise - doctorat), Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
5.	Quel est votre employeur principal (ex. CHU de Québec, CISSSCA) ?
6.	Lequel, parmi les titres suivants, décrit le mieux votre emploi actuel ? <i>(Infirmière (DEC), Infirmière (j'ai un baccalauréat, mais je n'ai pas de poste infirmière clinicienne), Infirmière clinicienne (poste nécessitant un baccalauréat), Assistante infirmière chef, Cadre-conseil en sciences infirmières (ou infirmière clinicienne spécialisée), Infirmière monitrice, Infirmière praticienne, Infirmière-chef, Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
7.	Votre rôle au travail est majoritairement de type : <i>(Clinique (précisez par exemple : équipe volante, bloc opératoire, soins à domicile, etc.), Administratif uniquement, Enseignement, Recherche, Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
8.	Quel est votre statut ? <i>(Temps complet régulier, Temps partiel régulier, Occasionnel, En congé de maternité, En congé d'étude, Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
9.	Quel est votre quart de travail ? <i>(Jour, Soir, Nuit, Rotation, Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
10.	Dans quel type d'organisation travaillez-vous le plus souvent? <i>(Centre Hospitalier (précisez l'unité de soins), CHSLD, CLSC (précisez le secteur), GMF, UMF, Recherche, Compagnie d'assurance, Préfère ne pas répondre, Autre)</i>
11.	Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière ou infirmier (depuis l'obtention de votre permis de l'OIIQ) ? <i>(Nombre d'années et nombre de mois. Exemple 1 an et 4 mois)</i>
12.	Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel ? <i>(Nombre d'années et nombre de mois. Exemple 1 an et 4 mois)</i>

13.	Combien d'années de service avez-vous accumulées auprès de l'organisation pour laquelle vous travaillez actuellement ? (Nombre d'années et nombre de mois. Exemple 1 an et 4 mois)
14.	En référence à la dernière année, quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'exercice de la profession infirmière ? <i>(Très satisfaite, Plutôt satisfaite, Plutôt insatisfaite, Très insatisfaite, Préfère ne pas répondre)</i>
15.	Au cours de votre parcours scolaire ou professionnel, est-ce que vous avez participé à des formations ayant comme principal sujet le leadership infirmier? (Il est possible de sélectionner plus d'une réponse) <i>(Non, Oui : si oui précisez (Atelier, Conférence, Congrès, Cours collégial sur le leadership lors de la formation académique (45 heures), Cours universitaires sur le leadership lors de la formation académique (45 heures, Préfère ne pas répondre))</i>
16.	Lors de votre arrivée auprès de votre organisation actuelle, avez-vous bénéficié d'un programme de : <i>(Mentorat (Un mentor est une infirmière expérimentée qui est en relation professionnelle sur une base volontaire tout au long de l'intégration d'une infirmière novice), Préceptorat (Une préceptrice est une infirmière expérimentée qui est en relation professionnelle officielle pour une durée préétablie avec une infirmière novice), Orientation de base, Aucun programme, ni orientation de base, Préfère ne pas répondre)</i>
17.	Depuis votre arrivée auprès de votre organisation actuelle, avez-vous participé à un programme de mentorat, de préceptorat ou d'orientation, en tant que personne qui encadre les nouvelles recrues ? (Il est possible de cocher plusieurs réponses) <i>(Oui, mentorat, Oui, préceptorat, Oui, orientation des nouvelles embauchées, Non aucun programme, Préfère ne pas répondre)</i>

ANNEXE VII
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE


CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Julie Maranda
Unité de recherche :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Lily Lessard
Titre du projet :	L'influence de la perception du soutien organisationnel sur le leadership clinique des infirmières de la relève au Québec

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

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-92-662
Période de validité du certificat :	Du 23 septembre 2016 au 22 septembre 2017



Marc-André Villard, président par intérim du CÉR-UQAR

23 sept. 2016

Date

Certificat émis par le sous-comité d'évaluation délégué. Ce certificat sera entériné par le CÉR-UQAR lors de sa réunion.

ANNEXE VIII
SCORES MOYENS DU CLS, DE SES DIMENSIONS ET RÉSULTATS DE SES
QUESTIONS

Scores moyens du CLS, de ses dimensions et résultats de ses questions

Variables	Score	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min	Max	Médiane	95% IC	Alpha Cronbach (α)
Score global	75	59,9	5,8	48	74	60	[58,6-61,3]	0,73
Leadership clinique	75	59,9	5,8	48	74	60	[58,6-61,3]	0,73
Dimensions								
1- Questionner le processus	15	11,9	1,6	6	15	12	[11,5-12,2]	0,53
Q1- Prendre des risques	5	4,0	0,8	2	5	4	[3,8-4,2]	
Q2- Appuyer les décisions par des données probantes	5	3,7	0,7	1	5	4	[3,5-3,9]	
Q3- Engagement dans une pratique réflexive	5	4,2	0,7	2	5	4	[4,1-4,4]	
2- Inspirer une vision partagée	15	12,2	1,7	5	15	12	[11,8-12,6]	0,62
Q4- Négocie pour les atteindre objectifs	5	3,9	0,8	1	5	4	[3,7-4,1]	
Q5- Engagé lors des communications	5	4,2	0,7	1	5	4	[4,0-4,4]	
Q6- Prend part à des conversations significatives	5	4,1	0,8	2	5	4	[3,9-4,3]	
3- Permettre aux autres d'agir	15	13,3	1,3	9	15	14	[13,3-13,9]	0,54
Q7- Écoute active	5	4,6	0,6	2	5	5	[4,5-4,8]	
Q8- Établi relation thérapeutique	5	4,6	0,6	3	5	5	[4,4-4,7]	
Q9- Développe relations de coopération	5	4,5	0,6	2	5	5	[4,3-4,6]	
4- Donner l'exemple	15	11,9	1,5	6	15	12	[11,6-12,3]	0,19
Q10- Tenir les promesses et les engagements	5	4,6	0,6	1	5	5	[4,5-4,7]	
Q11- Atteinte résultat clinique pour le patient	5	3,0	1,2	1	5	3	[2,7-3,2]	
Q12- Engagé dans les soins centrés sur le patient	5	4,4	0,6	3	5	4	[4,3-4,5]	
5- Encourager le travail fait avec cœur	15	10,1	2,7	3	15	10	[9,5-10,7]	0,68
Q13- Reconnaît l'engagement professionnel	5	3,0	1,5	1	5	3	[2,7-3,3]	
Q14- Procure des rétroactions positives	5	4,0	0,9	1	5	4	[3,8-4,1]	
Q15- Célèbre les réussites des collègues	5	3,2	1,1	1	5	3	[3,0-3,4]	

Note : Nombre répondants ($N = 78$); M = moyenne; $ÉT$ = Écart-type. IC = Intervalle de confiance
 Score global : 75, chaque dimension était sur 15 et chaque question étaient rapportées sur 5

ANNEXE IX
SCORES MOYENS DE L'OEA ET RÉSULTATS DES QUESTIONS
INDIVIDUELLES

Score moyens de l'OEA et résultats des questions individuelles

Variables	Score	<i>M</i>	ÉT	Min	Max	Médiane	95% IC	Alpha Cronbach (α)
Perception de l'environnement de travail	24	15,8	3,8	7	24	15	[15,3-16,7]	0,85
Q1- Partagent les mêmes objectifs	4	3,0	0,7	1	4	3	[2,8-3,1]	
Q2- Sentiment de valorisation au travail	4	2,4	0,9	1	4	2	[2,2-2,7]	
Q3- Décisions soutenues	4	2,8	0,7	1	4	3	[2,7-3,0]	
Q4- Opportunités de développement personnel	4	2,6	0,9	1	4	3	[2,4-2,8]	
Q5- Opportunités de développement professionnel	4	2,6	1,0	1	4	3	[2,4-2,9]	
Q6- Latitude de changer la façon d'organiser travail	4	2,4	0,9	1	4	2	[2,2-2,6]	

Note. Nombre répondants ($N = 78$); M = moyenne; $ÉT$ = Écart-type. IC = Intervalle de confiance
Score : 24, chaque item était sur 4 points.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047-1053. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015). *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière : Rapport final*. <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2013). *Lignes directrices sur le développement et maintien du leadership infirmier*. <https://rmao.ca/bpg/language/lignes-directrices-sur-le-d%C3%A9veloppement-et-le-maintien-du-leadership-infirmier>
- Barlow, K. M. (2013). *A Meta-Analysis of Transformational Leadership and Subordinate Nursing Personnel Organization Commitment, Job Satisfaction and Turnover Intentions*. University of Maryland, Baltimore. <https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/2797/?sequence=1>
- Bartlett, H. P., Simonite, V., Westcott, E., & Taylor, H. R. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 369-379.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert: Excellence en soins infirmiers*. Elsevier Masson.
- Berkow, S., Virkstis, K., Stewart, J., & Conway, L. (2009). Assessing new graduate nurse performance. *Nurse Educator*, 34(1), 17-22. <https://doi.org/10.1097/01.nna.0000339477.50219.06>
- Boamah, S. A. (2018). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal Nursing Research*, 50(1), 9-19. <https://doi.org/10.1177/0844562117732490>

- Boamah, S. A. (2019). Emergence of informal clinical leadership as a catalyst for improving patient care quality and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 1000-1009. <https://doi.org/10.1111/jan.13895>
- Booher, L., Yates, E., Claus, S., Haight, K. and Burchill, C.N. (2021). Leadership self-perception of clinical nurses at the bedside: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (11-12), 1573-1583. <https://doi.org/10.1111/jocn.15705>
- Capuano, T., Bokovoy, J., Hitchings, K., & Houser, J. (2005). Use of a Validated Model to Evaluate the Impact of the Work Environment on Outcomes at a Magnet Hospital. *Healthcare Management Review*, 30(3), 229-236. <https://doi.org/10.1097/00004010-200507000-00007>
- Chappell, K. B., & Richards, K. C. (2015). New graduate nurses, new graduate nurse transition programs, and clinical leadership skill: a systematic review. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(3), 128-137. <https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000159>
- Chappell, K. B., Richards, K. C., & Barnett, S. D. (2014). New graduate nurse transition programs and clinical leadership skills in novice RNs. *Journal of Nursing Administrations*, 44(12), 659-668. <https://doi.org/10.1097/naa.0000000000000144>
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100>
- Cleary, M., Horsfall, J., Jackson, D., Muthulakshmi, P., & Hunt, G. E. (2013). Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19-20), 2904-2911. <https://doi.org/10.1111/jocn.12230>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). *Avis : Plans de carrière et de développement professionnel : Leviers pour la professionnalisation de la relève infirmière*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf/2891434c-09ae-77b5-7224-1a8f8f757fc8>

- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *Avis : Vers une meilleure intégration de la relève infirmière*.
<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-integration-releve-ca-20180419-20.pdf/a2d6ba12-fae4-2bcb-547c-f0c66cb05493>
- Connolly, M., Jacobs, S., & Scott, K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal Nursing Management*, 26(7), 881-887.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12619>
- Conseil international des infirmières. (2021). *La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières. Note d'orientation du conseil international des infirmières*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_FR.pdf#:~:text=La%20p%C3%A9nurie%20mondiale%20de%20personnel%20infirmier%20%C3%A9tait%20un,millions%20d%E2%80%99infirmi%C3%A8res%20suppl%C3%A9mentaires%20seront%20n%C3%A9cessaires%20d%E2%80%99ici%20%C3%A0%2020303.
- D'Amour, D., Dubois, C. A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4>
- Demeh, W., & Rosengren, K. (2015). The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education—A qualitative study of nursing students' experiences. *Nurse Education Today*, 35(7), 888-893. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.020>
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2016). Education and Role Title as Predictors of Enacted (Actual) Scope of Practice in Generalist Nurses in a Pediatric Academic Health Sciences Center. *The Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265-270. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000341>
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2018). Scope of Nursing Practice in a Tertiary Pediatric Setting: Associations With Nurse and Job Characteristics and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 56-64.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12352>

- Déry, J., Paquet, M., Boyer, L., Dubois, S., Lavigne, G., & Lavoie-Tremblay, M. (2021). Optimizing nurses' enacted scope of practice to its full potential as an integrated strategy for the continuous improvement of clinical performance: A multicentre descriptive analysis. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 205-213. <https://doi.org/10.1111/jonm.13473>
- Desbiens, J. (2020). *Influence de la désirabilité sociale dans l'utilisation des tests de personnalité : une étude comparative de la validité du NEO-PI-3 dans un contexte d'orientation professionnelle et de sélection de personnel*. [mémoire de maîtrise]. Université Laval. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/67454/1/36723.pdf>
- Eagar, S., Cowin, L., Gregory, L., & Firtko, A. (2010). Scope of practice conflict in nursing: A new war or just the same battle? *Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession*, 36(1-2), 86-95. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.36.1-2.086>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Feng, R. F., & Tsai, Y.-F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2064-2071. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Chenelière Éducation.
- Godin, M.-J. (2018). *Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership*. [mémoire de maîtrise]. Université de Sherbrooke. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14930/Godin_Marie_Josee_PhD_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Ha, L. (2018). *Coconstruction avec des étudiantes et des formatrices d'une intervention pédagogique pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier tôt dans la formation initiale*. [thèse de doctorat]. Université de Montréal.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21813>
- Heale, R., & Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence-Based Nursing*, 18(3), 66-67. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Kanter, R. M. (1993). *Men and Women of the Corporation*, 2nd ed. NY: Basic Books.
- Khomeiran, R. T., Yekta, Z. P., Kiger, A. M., & Ahmadi, F. (2006). Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), 66-72. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x>
- Klein, G. & Ducroux-Biass, F. (2009). « L'empowerment » et Carl Rogers: Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et Recherche*, 2(10), 52-67. <https://doi.org/10.3917/acp.010.0052>
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1995). *The Leadership Challenge: How to Keep Getting Extraordinary Things Done in Organizations*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical care research and review* 64(2), 104-122.
<https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Legardinier, A. (2014). *Comment limiter les biais liés au choix des échelles de mesure dans les études marketing ?* <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00933905/document>
- Loversidge, J., Yen, P. Y., Chipps, E., Gallagher-Ford, L., Genter, L., & Buck, J. (2018). Top-of-License Nursing Practice, Part 2: Differentiating BSN and ADN Perceptions of Top-of-License Activities. *The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 329-334. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000623>

Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: an integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), 10-21.
<https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.10>

Maranda, J., & Lessard, L. (2017). Prendre sa place : Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45-52.
https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MarandaetLessard_2017_InfirmiereClinicienne_Vol14no1_V2pp45-52_000.pdf

McGoldrick, T. B., Menschner, E. F., & Pollock, M. L. (2001). Nurturing the transformation from staff nurse to leader. *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 16-20.
<https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106938244&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>

Morin, M., & Lessard, L. (2019). L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée. *Recherche en soins infirmiers*, 138(3), 75-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>

National Academies of Sciences, Engineer and Medecine. (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*.
<https://www.nationalacademies.org/our-work/the-future-of-nursing-2020-2030#:~:text=work%20for%20everyone,-.The%20Future%20of%20Nursing%202020%2D2030%3A%20Charting%20a%20Path%20to,family%2Dfocused%20care%20into%202030.>

National Health Service (NHS) (2011). *Clinical Leadership Competency Framework*.
<https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>

Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2015). Newly Graduated Nurses' Competence and Individual and Organizational Factors: A Multivariate Analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 446-457 412p.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12153>

- Office des professions du Québec. (2003). Loi 90 (2002, chapitre 33), Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) : cahier explicatif. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession une formation*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2017). *Portrait de la relève infirmière 2016-2017*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Portrait-releve_2016-2017.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2020). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 : Le Québec et ses régions*. <https://www.oiiq.org/rapport-statistique-sur-l-effectif-infirmier-2019-2020-le-quebec-et-ses-regions>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. <https://www.oiiq.org/en/rapport-statistique-sur-l-effectif-infirmier-et-la-releve-infirmiere-du-quebec-2020-2021>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021b). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec - un changement porteur d'avenir (Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021)*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Paguio, J. T., Yu, D. S. F., & Su, J. J. (2020). Systematic review of interventions to improve nurses' work environments. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2471-2493. <https://doi.org/10.1111/jan.14462>

- Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., LaCost, H., & Roberts, J. (2003). Relationships between Psychological Climate Perceptions and Work Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal of Organizational Behavior*, 24(4), 389-416. <https://doi.org/10.1002/job.198>
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x>
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.009>
- Pomey, M-P., Denis, J-L. & Dumez, V. (2019). *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations*. Palgrave Macmillan.
- Roy, C. (2015). *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique*. [mémoire de maîtrise]. Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/13141/Roy_Caroline_2015_travail_dirige.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2021a). *L'avenir des soins infirmiers - Document synthèse du forum tenu du 7 au 11 juin 2021*. Montréal (Québec).
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). (2021b). *S@voir inf. Qualité des soins et sécurité des patients - Décembre 2021* <https://sidiief.org/contenu-membre/savoir-inf-decembre-2021/>
- Simard, I. (2011). *L'identification des besoins de reconnaissance au travail des infirmières en soins de courte durée*. [mémoire de maîtrise]. Université du Québec à Rimouski. <https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/699/>

- Spence Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M., & Leslie, K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
- Spence Laschinger, H. K., & Leiter, M. P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267. <https://doi.org/10.1097/00005110-200605000-00019>
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9/10), 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>
- Statistique Canada. (2021). *Les statistiques : le pouvoir des données!* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Supamane, T., Krairiksh, M., Singhakhumfu, L., & Turale, S. (2011). Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 433-439. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00649.x>
- Tapping, J., Muir, J., & Marks-Maran, D. (2013). How first experiences influence newly qualified nurses. *British Journal of Nursing*, 22(2), 102-109. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012014795&lang=fr&site=ehost-live>
- Tourangeau, A. E., & McGilton, K. (2004). Measuring leadership practices of nurses using the Leadership Practices Inventory. *Nursing Research*, 53(3), 182-189. <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106767816&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
- Tourangeau, A. E., Widger, K., Cranley, L. A., Bookey-Bassett, S., & Pachis, J. (2009). Work environments and staff responses to work environments in institutional long-term care. *Health Care Management Review*, 34(2), 171-181. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31819ea9c8>

- Vanaki, Z., & Memarian, R. (2009). Professional ethics: beyond the clinical competency. *Journal of professional nursing*, 25(5), 285-291. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.009>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- World Health Organization. (2019). *Process of translation and adaptation of instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

