

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
STÉPHANIE DAIGLE

LA DESCRIPTION DE L'EXERCICE DU LEADERSHIP CLINIQUE DES  
INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLÔMÉES EXERÇANT AUX UNITÉS DE  
SOINS INTENSIFS

SEPTEMBRE 2021

## Sommaire

Les unités de soins intensifs (USI) intègrent dorénavant les infirmières nouvellement diplômées (IND) possédant relativement peu d'expérience afin de combler leur manque chronique d'effectifs. Les infirmières soignantes (IS) exerçant sur ces unités doivent cependant avoir l'expérience et l'expertise requises leur permettant de répondre au fait de devoir prendre une décision en moyenne toutes les 30 secondes afin de déceler et de prévenir la détérioration de l'état de santé des usagers. C'est en exerçant leur rôle de leadership clinique (LC) qu'elles parviennent à répondre aux besoins des usagers en influençant le processus décisionnel et en dirigeant les soins offerts par l'équipe soignante. Cependant, les IND ont généralement de la difficulté à exercer ce rôle d'influence et de prises de décisions cliniques. Considérant le peu de recherches qui ont été réalisées sur le LC des IND aux USI, ce projet de recherche qualitative de type descriptif (Sandelowski, 2000, 2010) a permis d'explorer l'expérience de l'exercice du LC des IND lorsqu'elles exercent aux USI dès le début de leur exercice professionnel. Des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de 15 participantes exerçant aux USI desservant une clientèle adulte, pédiatrique ou néonatale au sein de 11 CISSS ou CIUSSS de neuf des 17 régions administratives du Québec. Les participantes ont été recrutées par échantillonnage de type non probabiliste selon une méthode de convenance par l'entremise de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Un courriel a été adressé à toutes les IND possédant moins de deux ans d'expérience ayant déclaré exercer aux USI lors du recensement annuel de l'OIIQ. Les personnes intéressées ont été invitées à communiquer

avec l'étudiante-chercheuse afin de valider le respect des critères d'inclusion et de prendre un rendez-vous pour effectuer l'entrevue. Les résultats obtenus ont permis de décrire l'exercice du LC des IND aux USI comme étant de (1) grandir professionnellement, de (2) guider (p. ex., guider l'équipe et les soins de l'utilisateur) et de (3) synchroniser (p. ex., synchroniser les efforts collectifs pour le rétablissement de l'utilisateur). De plus, trois grands thèmes associés à des facilitateurs de l'exercice du LC ont été décrits par les IND, soit : (1) s'investir pour progresser, (2) s'appuyer sur son bagage d'expériences acquises, et (3) se construire un filet de sécurité. Enfin, les IND disent mettre volontairement leur LC sur pause, causé par certaines barrières, entraînant la mise en veilleuse de leur LC. Ces résultats indiquent que les IND sont capables d'exercer leur LC après avoir acquis des connaissances spécifiques aux USI ainsi que la confiance en elles-mêmes et en leurs collègues. Grâce à la relation de confiance, elles gagnent en crédibilité et prennent ainsi graduellement leur place dans l'équipe soignante. Cette place privilégiée leur permet alors de s'impliquer dans le processus de décisions cliniques et d'exercer leur influence auprès de leurs collègues de l'équipe soignante, afin que les interventions correspondent aux besoins de l'utilisateur.

Mots clés : Infirmière nouvellement diplômée, leadership clinique, devis qualitatif, soins intensifs, expérience professionnelle.

English: Newly graduated nurses, clinical leadership, qualitative studies, critical care, professional experience.

## Table des matières

Sommaire.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Problématique.....	4
Exigences d’être infirmière soignante aux USI.....	6
Manque de connaissances et lacune du jugement clinique des IND.....	8
Recension des écrits.....	14
Leadership clinique.....	17
Leadership des infirmières soignantes.....	18
Caractéristiques du leadership clinique des infirmières-soignantes.....	19
Caractéristiques des unités de soins intensifs.....	25
Expérience de l’exercice du leadership clinique des IND aux USI.....	27
Facilitateurs et barrières à l’exercice du leadership clinique.....	31
Cadre de référence.....	35
Origine et bases théoriques.....	36
Compétences de leadership clinique des infirmières-soignantes aux USI.....	38
Méthodologie.....	43
Population.....	45
Échantillon et critères d’inclusion.....	46
Technique d’échantillonnage.....	47
Recrutement.....	48
Description du milieu.....	51
Collecte de données.....	51
Outil 1 : Questionnaire sociodémographique.....	51

Outil 2 : Entrevue semi-dirigée .....	52
Analyse des données .....	55
Plan d'analyse des données .....	55
Critères de rigueur et de scientificité .....	57
Crédibilité.....	58
Authenticité .....	58
Critique.....	59
Transférabilité.....	60
Considérations éthiques .....	60
Consentement .....	61
Confidentialité et anonymat .....	61
Principaux risques et bénéfices .....	62
Retombées attendues.....	62
Résultats.....	64
Profil sociodémographique des participantes.....	65
Résultats des entrevues .....	67
L'expérience de l'exercice du leadership clinique des IND exerçant aux USI.....	68
Facilitateurs .....	80
Barrières .....	91
Discussion.....	103
L'expérience d'exercice du leadership clinique selon les IND des USI.....	105
Acquérir confiance pour s'intégrer à l'équipe soignante .....	106
Obtenir la crédibilité nécessaire pour influencer.....	109
Centrer sur les besoins de l'utilisateur .....	111
Facilitateurs .....	112
Fondations facilitatrices .....	113
Actions facilitatrices .....	115
Barrières .....	118
Éléments extrinsèques aux IND .....	119
Éléments intrinsèques aux IND .....	123

Cadre de référence .....	126
Limites et forces de l'étude .....	127
Retombées attendues et recommandations selon les cinq axes .....	130
Recherche .....	130
Formation .....	132
Pratique clinique .....	133
Gestion .....	135
Politique .....	137
Conclusion .....	139
Références .....	145
Appendice A : Fiches de lecture critique .....	170
Appendice B : Concept et sous-concepts du leadership clinique adapté du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011, 2012) .....	198
Appendice C : Compétences de leadership clinique du niveau 1 du programme <i>National standards for critical care nurse education</i> du Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N, 2016) .....	200
Appendice D : Demande d'autorisation pour procéder au recrutement à l'Université du Québec en Outaouais – Campus St-Jérôme .....	203
Appendice E : Lettre de recrutement .....	206
Appendice F : Approbation des modifications de recrutement par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO .....	209
Appendice G : Publication Facebook .....	211
Appendice H : Courriel d'accès à l'information à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec .....	213
Appendice I : Courriel de recrutement aux participantes potentielles .....	215
Appendice J : Outil 1 : Questionnaire sociodémographique .....	217
Appendice K : Outil 2 : Guide d'entrevue semi-dirigée .....	220
Appendice L : Élaboration des questions du guide d'entrevue .....	223
Appendice M : Engagement de confidentialité pour la transcription des verbatims par un tiers .....	227
Appendice N : Approbation de modification par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO pour utilisation d'un tiers lors de la transcription des verbatims .....	229
Appendice O : Exemple du processus de codage et d'analyse d'un verbatim .....	231

Appendice P : Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO.....	234
Appendice Q : Renouvellement de la certification éthique 2019 et 2020 .....	236
Appendice R : Formulaire de consentement.....	242
Appendice S : Nomination de direction et co-direction .....	245
Appendice T : Approbation du sujet de recherche.....	236

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Profil sociodémographique des participantes ( $n = 15$ ). .....	66
Tableau 2 : Fiches de lecture critique.....	171

## Liste des figures

Figure 1 : Stratégie de sélection des écrits.....	16
Figure 2 : Thèmes et sous-thèmes de l'expérience de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI .....	68
Figure 3 : Leadership clinique et ses sous-concepts adaptés du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011, 2012).....	199

## Liste des abréviations

AACN	American Association of Critical-Care Nurses
ACESI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
ACIISI	Association canadienne des infirmières et infirmiers de soins intensifs
AIC	Association des infirmiers et infirmières du Canada
AIO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Bac	Baccalauréat
CC3N	Critical Care Networks National Nurse Leads
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CER	Comité d'éthique de la recherche
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLCF	Clinical Leadership Competency Framework
DEC	Diplôme d'études collégiales
IND	Infirmière nouvellement diplômée
ICS	Intensive Care Society
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IS	Infirmière soignante
LC	Leadership clinique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHE	Health Service Executive
NHS	National Health Services
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RIISIQ	Regroupement des infirmiers et infirmières de soins intensifs du Québec
UQO	Université du Québec en Outaouais
USI	Unité de soins intensifs

## Remerciements

Merci à mon conjoint et mes filles de m'avoir encouragée et soutenue dans cette si grande aventure. Sans vous, j'aurais vraiment perdu toute motivation. Merci d'avoir toléré mon absence et mes sautes d'humeur, c'est enfin terminé!

Merci à Gaz pour ta musique inspirante qui m'a permis de passer à travers les hauts et les bas de ce projet, de jour comme de nuit!

Merci à Martin. Ton inspiration à soutenir les nouvelles professionnelles m'a permis de grandir en tant que professionnelle, chercheuse, mais aussi en tant qu'humaine. Ce projet de recherche est grandement inspiré de ce que nous avons accompli dans les quatre années d'existence du SAP. En espérant que d'autres en seront inspirés et que de grandes choses seront faites pour les prochaines générations d'infirmières.

Merci spécial à Lysane d'avoir poursuivi tes études, d'avoir partagé des discussions animées avec moi, en plus d'avoir participé à cette réalisation par tes petits et grands gestes de générosité. Sans toi, je n'aurais jamais fait le pas vers ce grand projet et j'aurais vraiment perdu le cap!

Merci à Valérie, Martine R., Ariane, Martine L. et Maripier d'avoir contribué de près ou de loin à mon projet, vous avez fait un petit geste qui a fait une grande différence dans mon parcours!

Merci à *Thèsez-vous*. Quelle belle idée d'offrir un réseau de soutien (à coup de *Post-it*) pour un contexte aussi solitaire qu'est la rédaction! Mettre en lien une si grande communauté de chercheurs de différents domaines, c'est remarquable et tellement motivant. Surtout, merci à Karine d'avoir fait des tomates avec moi. On est devenu une équipe de feu!

Merci à Martine M. L. pour ta compréhension, ta confiance, et surtout ta patience, j'y suis enfin parvenue! Ta générosité m'a permis d'évoluer comme chercheuse et d'avoir la motivation de poursuivre mon but. Maintenant, la retraite t'appartient!

Enfin, un merci particulier aux participantes, sans qui mon projet de recherche n'aurait pu se concrétiser. Vous avez été mon inspiration depuis le premier jour et j'espère que ce mémoire traduira adéquatement l'expérience que vous m'avez confiée. Bravo pour votre résilience!

## **Introduction**

Chaque année depuis 2015 au Québec, malgré l'augmentation annuelle nette d'en moyenne 1,0 % du nombre d'infirmières<sup>1</sup> détenant un permis de pratique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2020b), la pénurie d'infirmière, l'absentéisme prolongé et les départs volontaires liés aux conditions de travail (p. ex., manque de personnel fréquent, heures supplémentaires obligatoires, surcharge de travail) (Grenier, 2018; Institut canadien d'information sur la santé, 2018; Khan, Jackson, Stayt, & Walthall, 2018; OIIQ, 2018a; Phaneuf, 2014; Stake-Doucet, 2018a, 2018b) causent un manque relatif d'effectif dans les établissements de santé (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII], 2017). Conséquemment, le recours aux heures supplémentaires s'est chronicisé. C'est d'ailleurs au Québec que l'on retrouve le plus haut taux d'heures supplémentaires au pays (FCSII, 2017) et les unités de soins critiques, telles que l'urgence et les soins intensifs (USI), n'y échappent pas.

Afin de pallier ce manque d'effectif, plusieurs établissements de soins ont autorisé les infirmières nouvellement diplômées (IND) à intégrer les USI dès la fin de leur formation initiale (Bérubé, Touchette, & Brien, 2008; Perron, 2016). Par définition, les IND sont des professionnelles qui n'ont pas encore exercé comme infirmière-soignante (IS), puisqu'elles viennent d'obtenir leur diplôme de formation initiale, et qu'elles ont

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, seul le féminin, représentant la majorité de la population infirmière, sera utilisé.

moins de 18 mois d'expérience (Duchscher, 2007). C'est armé uniquement de leurs expériences de stage lors de leur formation que les IND amorcent leur exercice aux USI (3,5 %,  $n = 128$ , Marleau, OIIQ, communication personnelle, 28 août 2020). Or, puisque ces unités de soins nécessitent une prise en charge totale de la personne en situation de santé précaire (American Association of Critical-Care Nurses [AACN], 2015; Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs [ACIISI], 2017), le rôle attendu des IS, incluant celui de leadership clinique (LC), est fort complexe. L'étude proposée s'intéresse donc à la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI.

Le présent manuscrit comporte six chapitres. Le premier décrit la problématique abordant les enjeux de l'intégration des IND aux USI ainsi que l'exercice du rôle de LC. Le deuxième chapitre expose la démarche effectuée ainsi que le contenu de la recension des écrits en lien avec le LC des IS et des IND exerçant aux USI. Le chapitre suivant aborde le cadre de référence utilisé pour l'analyse des résultats. S'ensuit le quatrième chapitre qui explique la méthodologie de type qualitatif descriptif utilisée pour le projet de recherche. Puis, le cinquième chapitre décrit les résultats recueillis lors des entrevues semi-dirigées. Enfin, le sixième et dernier chapitre aborde l'analyse approfondie des résultats obtenus sous forme de discussion, incluant les recommandations en lien avec les résultats et la conclusion.

## **Problématique**

Le rôle des IS aux USI va bien au-delà de l'offre des soins directs à l'utilisateur. Il implique aussi des qualités personnelles de leadership, qui se manifeste par la capacité à travailler avec les collègues et l'équipe soignante, à coordonner les soins à l'utilisateur, à améliorer les services disponibles dans l'unité et à diriger l'équipe dans l'atteinte des objectifs de soins établis en collaboration (Long et al., 2011; Long & Spurgeon, 2012). Il existe plusieurs catégories de leadership. Celui qui nous intéresse dans le présent projet est le LC qui se définit par l'influence que l'IS exerce sur les autres membres de l'équipe soignante lors du processus décisionnel afin d'atteindre les objectifs cliniques communs (Chávez & Yoder, 2014). En exerçant ce rôle de LC, elle facilite les efforts individuels et collectifs des autres membres de l'équipe soignante afin d'assurer le rétablissement de l'utilisateur (Chávez & Yoder, 2014). De plus, ce rôle complexe, visant la stabilisation et le rétablissement de l'utilisateur, doit inclure la défense de ses droits et l'assurance de la qualité des soins qui lui sont offerts (Boamah, 2018; Chávez & Yoder, 2014). Les IND doivent d'abord comprendre l'étendue de ce rôle afin de pouvoir l'exercer, mais elles ne semblent pas y être exposées suffisamment avant leur arrivée aux USI pour y arriver (Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha, 2011).

Considérant que les compétences requises pour ce rôle ne s'acquerront qu'avec l'exposition répétée aux situations de soins (Benner, 1982; DeGrande, Liu, Greene, &

Stankus, 2018; Kramer, Maguire, Halfer, Brewer, & Schmalenberg, 2011; Milhomme, 2016), le défi est alors grand pour les IND en début d'exercice. D'ailleurs, elles réalisent rapidement qu'elles sont insuffisamment outillées pour offrir des soins de qualité optimale (Phaneuf, 2014). Ceci fait en sorte que les IND ne sont pas en mesure d'exercer leur LC. De façon générale, les IND éprouvent une détresse psychologique et pensent parfois à quitter leur milieu de travail, ce qui entraîne une difficulté de rétention aux USI (Chachula, Myrick, & Yonge, 2015; Phaneuf, 2014). C'est dans ces conditions que les IND débute leur exercice professionnel. Les prochaines sections décrivent les (1) les exigences d'être IS aux USI et (2) le manque de préparation des IND à assumer leur rôle d'IS aux USI.

### **Exigences d'être infirmière soignante aux USI**

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers de soins intensifs (ACIISI, 2017) recommande que les IS possèdent et maîtrisent un large corpus de connaissances, d'habiletés et de compétences en plus d'avoir été exposées à des expériences variées afin qu'elles puissent répondre à des problèmes complexes ou potentiellement mortels pour l'utilisateur retrouvé aux USI. Dans ce contexte, les IS doivent surveiller et constater chacun des subtils changements cliniques survenant chez l'utilisateur. C'est grâce à la qualité de cette surveillance qu'elles peuvent intervenir adéquatement dans les délais appropriés assurant ainsi la sécurité de l'utilisateur (Massey, Chaboyer, & Anderson, 2016; Milhomme, 2016). C'est la grande capacité d'adaptation des IS qui leur permet de surveiller, d'évaluer et d'intervenir rapidement pour prévenir la détérioration de l'état de santé des utilisateurs aux USI (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011; Dyess & Sherman, 2009; Milhomme,

2016). Prenant en moyenne une décision toutes les 30 secondes (Bucknall, 2000), les IS des USI s'impliquent activement dans le processus de décisions cliniques (Thornton Bacon, Shrestha, & Jenkins, 2019). Grâce à leur vigilance et leurs initiatives, les IS peuvent, en toute autonomie, par exemple, rehausser la fréquence et le type de surveillance requise. Ces gestes leur permettent de détecter les anomalies et de les communiquer au médecin afin d'assurer une intervention plus rapide et efficace (AIIO, 2013; Doyon & Longpré, 2016; Massey et al., 2016; Milhomme, 2016; Patrick, Laschinger, Wong, & Finegan, 2011). Les IS qui possèdent l'ensemble de ces compétences peuvent guider l'équipe soignante et ainsi éviter les événements indésirables (Doyon & Longpré, 2016; Harper, 1995; Lett, 2002; Milhomme, 2016; Patrick et al., 2011; Stanley, 2006a, 2012; Tregunno et al., 2009). Cependant, chez les IND, les habiletés d'analyse nécessaires à l'application adéquate du jugement clinique sont limitées en contexte d'intervention rapide (Thompson et al., 2008), et ce jugement est à la hauteur des situations de soins rencontrées lors des stages en milieux de soins effectués durant leur formation initiale (Benner, 1982).

Selon plusieurs auteurs, l'équipe soignante et les gestionnaires s'attendent à ce que les IND assurent le même niveau de vigilance, d'initiative et d'implication décisionnelle que les IS expérimentées lors de situations couramment rencontrées aux USI (R. A. Brown R. A. & Crookes, 2016; Kramer et al., 2012; Langlois, Lauzier, Marleau, & Leprohon, 2012; Utley-Smith, 2004). Mais, puisque ces attentes sont souvent implicites et mal définies lors de leur arrivée sur les USI (Crofts, 2006), il n'est pas rare d'observer des IND

éprouver des difficultés à assumer ce rôle au début de leur carrière (R. A. Brown & Crookes, 2016; Kramer et al., 2012; Lea & Cruickshank, 2014), particulièrement dans les situations où l'état de santé de l'utilisateur se détériore (Hart et al., 2014). Conséquemment s'ensuit une perte d'estime de soi (DeGrande et al., 2018; Duchscher, 2008, 2009; Phaneuf, 2014; Roy & Robichaud, 2017).

Afin de combler le besoin criant de personnel lié, entre autres, aux départs volontaires et aux congés de maladie prolongés, certains choix de gestion ont chronicisé l'utilisation des heures supplémentaires qui se voulaient initialement ponctuelles (FCSII, 2017). En 2016, c'est au Québec que l'on retrouve le plus haut taux d'heures supplémentaires au pays. En effet, la proportion moyenne d'infirmières faisant des heures supplémentaires hebdomadairement était de 35,3 % comparativement à l'Ontario où le taux se situait à 25,0 % (FCSII, 2017). Cette situation ne semble guère s'être améliorée au cours des dernières années (OIIQ, 2018). Afin de combler le manque d'effectifs et ainsi limiter les coûts associés aux heures supplémentaires, les IND sont accueillies aux USI, ce qui représente 3,5 % ( $n = 128$ ) des IND pour l'année 2019-2020 (Marleau, OIIQ, communication personnelle, 28 août 2020).

### **Manque de connaissances et lacune du jugement clinique des IND**

Au Québec, aucune certification d'évaluation des compétences en soins critiques n'est obligatoire pour exercer aux USI, seul le permis de pratique associé au droit d'exercice de l'OIIQ est requis (ACIISI, 2017). Or, l'examen obligatoire de l'OIIQ,

permettant la délivrance de ce permis, ne valide pas les connaissances liées aux soins critiques (Lemay & Desrochers, 2016). Qui plus est, les différentes portes d'accès à la profession infirmière ajoutent une particularité au contexte québécois. En effet, une IND peut avoir complété soit un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers, un baccalauréat ou une maîtrise universitaire de formation initiale en sciences infirmières pour y accéder. Dans la dernière année (2019-2020), 64 % ( $n = 2680$ ) des IND ayant intégré la profession avaient complété un diplôme d'études collégiales (DEC) (OIIQ, 2020a) et parmi celles-ci 18,8 % ( $n = 24$ ) ont débuté aux USI (Marleau, OIIQ, communication personnelle, 28 août 2020). Puisque les soins critiques sont uniquement abordés à la formation universitaire, il est alors permis de croire que plusieurs IND ont peu appris sur le sujet (OIIQ, 2012) et sont moins bien outillées pour faire face aux situations cliniques courantes des USI.

Selon certains auteurs, la formation initiale serait insuffisante comme préparation à l'exercice de la profession infirmière en général (Nematollahi & Isaac, 2012). L'OIIQ partage cet avis, puisqu'en 2009, il avait émis des recommandations sur la formation professionnelle, incluant les stages, après avoir noté un manque de mise en pratique des connaissances théoriques qui limitait la capacité des IND à intervenir adéquatement auprès des usagers. C'est un enjeu qui semble être toujours d'actualité selon Doyon (2016). Les stages sont essentiels puisqu'ils permettent l'application des connaissances dans des situations cliniques réelles en plus d'aider les IND à développer un raisonnement clinique (OIIQ, 2009).

Ce processus de raisonnement, couramment appelé le jugement clinique, consiste à procéder à la collecte des données pertinentes à la situation particulière de l'utilisateur à un moment précis puis d'analyser ces informations afin de prendre la bonne décision dans les meilleurs délais possibles (Victor-Schmil, 2013). La réflexion qui en découle est la base de la prise de décisions cliniques, selon Standing (2007). Cette compétence associée à l'exercice du LC semble cependant difficilement maîtrisée par les étudiantes infirmières à la fin de leur formation (Lavoie, Cossette, & Pepin, 2016; Levett-Jones et al., 2010). En effet, certaines études démontrent qu'elles auraient tendance à focaliser sur un seul élément de la problématique vécue par l'utilisateur, échappant ainsi des indices nécessaires à compréhension globale de la situation (Lavoie et al., 2016; Purling & King, 2012). Ce qui laisse donc supposer qu'il leur est difficile de prendre des décisions cliniques leur permettant d'exercer leur LC.

Puisqu'il n'existe aucune situation de soins typique ou de cas universel, les IND doivent constamment s'adapter au contexte particulier de chaque usager, rendant impossible l'application textuelle des connaissances apprises (Doyon & Longpré, 2016). C'est pourquoi l'utilisation de leur jugement clinique, pour créer des liens entre les signes cliniques de détérioration et la situation de l'utilisateur, est ardue pour les IND, tout particulièrement lors de situations à risque (Cooper et al., 2010; Levett-Jones et al., 2010; Purling & King, 2012). Par conséquent, les IND peuvent omettre d'observer, de consigner, ou de reconnaître les signes de détérioration d'un usager, voire même d'agir à retardement face à ces signes précurseurs (Lavoie, Pepin, & Cossette, 2015; Massey et al., 2016). Selon

Al-Dossary, Kitsantas et Maddox (2014), la prise de décisions cliniques basée sur le processus de jugement clinique, est la clé de l'exercice du LC. Alors, ces omissions et retards occasionneront une absence ou un délai à relayer les informations au médecin entraînant un retard dans la prise de décision et l'application d'interventions (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014; Doyon & Longpré, 2016; Lavoie et al., 2016). Puisque l'instabilité est la condition même des usagers aux USI, de tels délais peuvent entraîner un *échec à secourir* (Quirke, Coombs, & McEldowney, 2011; Thompson et al., 2008). Cela dit, le lien direct entre l'intégration des IND aux USI et les conséquences sur l'utilisateur est difficile à établir. En effet, plusieurs facteurs situationnels (p. ex. l'état clinique de l'utilisateur, la surcharge de travail) influencent la réponse de l'utilisateur aux interventions ou le délai de prise en charge (Kelly, Kutney-Lee, McHugh, Sloane, & Aiken, 2014).

Considérant que les compétences liées aux soins critiques ne sont abordées qu'à l'université et que les IND continuent d'être intégrées aux USI, le règlement sur les conditions d'exercice des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) a été revu afin d'encadrer cette réalité qui perdure (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2020; OIIQ, 2016). Ainsi, depuis 2016, seules les IND ayant complété une formation universitaire peuvent entreprendre leur carrière aux USI, permettant en principe d'éviter que les IND se retrouvent dans ce secteur sans une formation de base suffisante. Cependant, bien que les soins critiques y soient enseignés formellement, il existerait une variabilité importante dans l'offre des milieux de soins permettant de

répondre aux exigences des stages en milieux cliniques (Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI], 2015b). Selon l'organisme responsable de l'Agrément des établissements de formation en sciences infirmières au Canada (ACESI, 2015b), l'offre de milieux cliniques de stage ne serait pas toujours optimale, limitant alors l'intégration des connaissances théoriques à la pratique dans ce secteur. Il en revient aux établissements de santé de combler ce manque de connaissance et d'expérience.

L'expérience de travail de l'étudiante-chercheuse a démontré que certains établissements de santé ont tenté depuis plusieurs années de pallier cette problématique en créant ou adaptant le programme d'intégration pour les IND afin d'offrir de la formation supplémentaire et une période d'intégration plus longue (Bérubé et al., 2008; Perron, 2016). Cependant, ce type de programme n'est pas offert dans tous les établissements de santé (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018b), et leur contenu n'est pas standardisé (INESSS, 2018a).

En résumé, le contexte d'exercice exigeant des USI ainsi que les lacunes au niveau des connaissances, de l'expérience et du jugement clinique chez les IND leur occasionnent des difficultés à exercer leur LC dès leur arrivée dans l'unité. Ce manque de LC peut avoir des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins offerts à une clientèle qui se veut déjà très vulnérable. Il apparaît donc nécessaire d'explorer la perception des IND quant à leur expérience d'exercice du LC et ce qui peut l'influencer, dans l'optique de leur offrir le soutien nécessaire à l'exercice de ce rôle essentiel aux USI.

Ce projet de recherche a pour but de décrire la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI dès le début de leur exercice professionnel. Il tentera de répondre aux objectifs de (1) décrire la perception de l'exercice du LC selon l'expérience des IND lorsqu'elles exercent aux USI dès le début de leur exercice professionnel, (2) de décrire les facilitateurs qui leur ont permis d'exercer ce LC et (3) décrire les barrières qui les ont limitées dans ce rôle. Il est permis de croire qu'en mettant en lumière la perception de cette expérience, les facilitateurs et barrières à l'exercice du rôle de LC des IND, les gestionnaires, les décideurs et les secteurs de l'enseignement parviendront à mieux comprendre la réalité vécue par les IND. Cette nouvelle compréhension permettra d'ouvrir le dialogue sur leurs besoins à combler dès le début de leur l'exercice professionnel aux USI, période critique pouvant avoir une influence sur la rétention, mais aussi sur la qualité des soins offerts aux usagers. Au prochain chapitre, l'état des connaissances sur ce sujet sera abordé.

## **Recension des écrits**

Afin de mieux comprendre le sujet à l'étude, une recension des écrits a été réalisée en février 2018 et mise à jour en avril 2020, sur les bases de données CINAHL, MEDLINE, Ovid et sur des sites gouvernementaux provinciaux (p. ex., ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSSS]). Les différents mots clés utilisés ont été : *leadership, clinical leadership, leadership skill\*, professional competence, clinical ladder, clinical competence, development, experien\*, critical care, nurs\**. Puisque l'utilisation de mots clés faisant référence spécifiquement aux IND limitait trop les résultats, ils ont été rejetés (p. ex. newly graduated nurses). Ceci a donc permis de générer 874 résultats une fois les doublons retirés ( $n = 419$ ). De ce nombre, plusieurs documents ont été exclus, entre autres, ceux dont l'échantillon n'incluait pas d'IS (médecin, pharmacien ou autres professions  $n = 242$ ) et ceux qui n'abordaient que le leadership des gestionnaires ou de personnes en position d'autorité ( $n = 361$ ). Les articles, ne portant pas sur l'exercice du LC des IS ( $n = 236$ ) ainsi que ceux décrivant le LC des IS exerçant en santé communautaire ( $n = 6$ ) ont également été exclus. Ces derniers ont été retirés dans le but d'inclure que les études dont le contexte d'exercice est similaire au contexte de soins critiques (p. ex., soins aigus). En effet, tel que décrit par Burns (2009a, 2009c), l'isolement physique des lieux de santé communautaire impose un haut niveau d'autonomie, ce qui

est très différent des USI où les IS sont entourées quotidiennement de collègues infirmières, de médecins, et d'autres professionnels.

Les références d'articles jugés pertinents et les sites internet d'associations professionnelles ont permis de déceler certains textes (littérature grise  $n = 7$ ) et articles de recherches  $n = 6$ ) qui ont servi à compléter la présente recension. La figure suivante illustre la démarche (voir Figure 1). Au total, 42 documents ont été retenus pour vérifier l'état des connaissances sur le LC des IS ainsi que sur les facilitateurs et les barrières influençant l'exercice de leur LC. Une fiche de lecture résumant les principaux points d'intérêt a été produite pour chacun des textes utilisés afin d'en faciliter l'analyse (Appendice A).

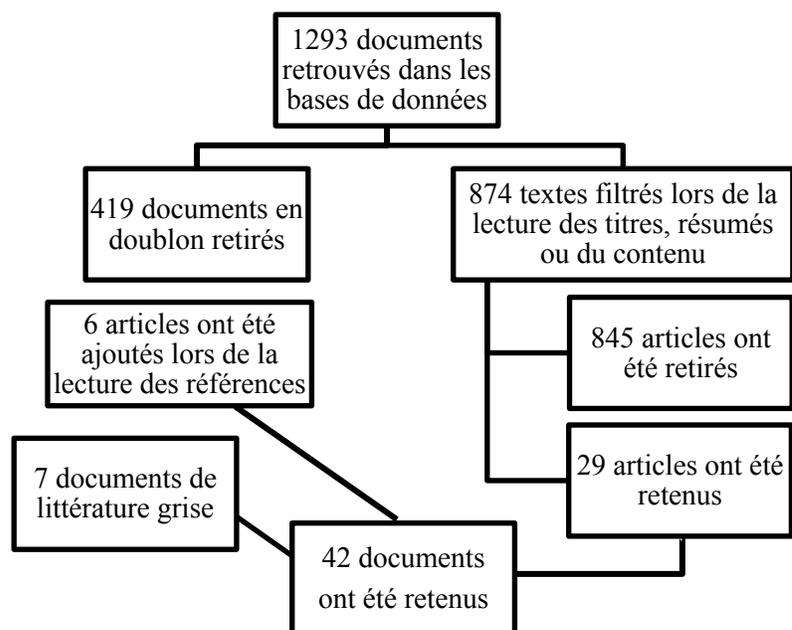


Figure 1. Stratégie de sélection des écrits.

Afin de bien cerner le LC et son importance, les éléments suivants seront décrits : le leadership clinique, ce qui inclut les caractéristiques spécifiques aux IS et aux USI, puis une description de l'état des connaissances sur l'exercice du LC des IND aux USI.

### **Leadership clinique**

De façon générale, le leadership se définit par « l'influence exercée intentionnellement par une personne sur les autres afin de guider, structurer, et faciliter les activités et les relations au sein d'un groupe ou d'une organisation » [traduction libre] (Chávez & Yoder, 2014, p. 98). Cependant, le LC comporte quelques nuances. Il aurait été décrit pour la première fois par Harper (1995). Depuis, plusieurs auteurs ont contribué à le préciser. En effet, Cook (2001a, 2001b), Lett (2002), Stanley (2006a, 2006b, 2006c, 2008), ainsi que Stanley et Stanley (2018) figurent parmi ceux qui ont poursuivi la réflexion ayant permis de préciser ce concept dans le contexte contemporain de l'exercice de la profession infirmière. Mais, ce sont Chávez et Yoder (2014) qui ont réussi, grâce à une recension des écrits et une analyse de concept, à en actualiser la définition :

Le processus par lequel [l'infirmière soignante] exerce une influence significative sur les autres membres de l'équipe soignante et, bien qu'aucune autorité officielle ne leur ait été conférée, elle facilite les efforts individuels et collectifs pour atteindre les objectifs cliniques communs [traduction libre] (p. 92).

Cette définition, en cohérence avec le cadre de référence, a été choisie pour le présent projet de recherche puisqu'elle démontre l'importance qu'accordent les IS au bien-être de l'utilisateur afin de lui offrir la meilleure qualité de soins possible tout en s'assurant que les décisions prises ou les interventions effectuées correspondent aux

besoins réels de l'utilisateur. Les comportements spécifiques que doivent adopter les IS pour exercer leur LC ne sont cependant pas encore très bien définis.

### **Leadership des infirmières soignantes**

Une très grande confusion perdure au sujet du leadership de l'IS, puisque la terminologie est souvent utilisée de façon interchangeable dans les textes, en fonction de la description des rôles d'un gestionnaire (ou une personne en position d'autorité hiérarchique, telle qu'une assistante au supérieur immédiat, une infirmière praticienne spécialisée, une infirmière clinicienne spécialisée, une cheffe d'unité) et du rôle de l'IS. Selon Cook (2001b) et Stanley (2006b), la particularité du leadership exercé par les IS, comparativement à celui du gestionnaire, réside dans le fait qu'il n'est pas lié à une position hiérarchique officielle ou à un titre d'emploi particulier. Il repose plutôt sur les connaissances cliniques spécifiques qu'elles possèdent. Or, cette interchangeabilité des termes et fonctions entraîne une confusion qui n'aide en rien à clarifier le rôle de leadership des IS (Chávez & Yoder, 2014; Cook, 2001b; Lett, 2002; Stanley, 2006b) si souvent sous-estimé (Stanley, 2008). Bien qu'il s'opère à plus petite échelle, soit auprès de l'utilisateur et des collègues, il n'en demeure pas moins important considérant son impact sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins offerts (Boamah, 2019; den Breejen-de Hooge, van Os-Medendorp, & Hafsteinsdóttir, 2021; Stanley, 2008; Stanley & Stanley, 2018).

Selon Cook (2001b), le LC des IS s'illustre par la création de nouvelles façons de faire puisqu'elles voient au-delà de la tâche à accomplir. Elles sont à même de proposer des solutions réalistes aux problèmes rencontrés, et ce, en temps réel, durant les soins qu'elles prodiguent à l'utilisateur (Chávez & Yoder, 2014; Stanley, 2012; Stanley & Stanley, 2018). C'est en combinant des connaissances, des habiletés et des compétences spécifiques que les IS exercent un LC qui leur est propre (A. Brown, Crookes, & Dewing, 2016; Stanley & Stanley, 2018).

### **Caractéristiques du leadership clinique des infirmières soignantes**

Malgré l'intérêt pour définir le concept de LC, il semble qu'il n'y ait toujours pas de consensus au sujet des caractéristiques qui le constitue spécifiquement (Chávez & Yoder, 2014; Stanley & Stanley, 2018). Selon Brown et al. (A. Brown, Crookes, et al., 2016), il regroupe un amalgame de connaissances, d'habiletés et de compétences qu'un individu doit posséder pour influencer son environnement. Il s'agit de connaissances et de compétences cliniques, une communication efficace, le soutien offert à l'équipe soignante, l'objectif centré sur le rétablissement de l'utilisateur et l'excellence clinique/la qualité des soins, l'adoption de modèles de rôles et de motivateur, la prise des décisions cliniques, le travail d'équipe, l'accessibilité, la visibilité du leader, la participation au développement et à la formation de ses collègues (Chávez & Yoder, 2014; Grossman, 2007; Mannix, Wilkes, & Daly, 2013; Patrick et al., 2011; Stanley, 2006a; Stanley & Stanley, 2018; Supamane et al., 2011; Won, 2015).

Ces caractéristiques sont observables chez les IS qui exercent leur LC par le biais de leurs comportements, leurs interventions et leurs actions qui sont motivés par leur valorisation profonde des soins de haute qualité. Cet atout leur permet de résoudre les problèmes et défis rencontrés au quotidien (Stanley & Stanley, 2018). Chacune de ces caractéristiques doit être prise en considération dans un plan de développement des compétences de leadership, puisqu'elles sont étroitement reliées.

Cependant, les caractéristiques liées aux compétences relationnelles doivent être mises de l'avant puisque, selon McNamara et al. (2011), les IS sont les actrices névralgiques de la mise en relation des membres de l'équipe soignante. C'est l'utilisateur qui en tire profit puisqu'une relation d'équipe efficiente simplifie son parcours à travers le système de santé (McNamara et al., 2011; Stanley, 2012; Stanley & Stanley, 2018).

De même, les actions des IS doivent être congruentes avec leurs valeurs professionnelles (Stanley & Stanley, 2018) afin d'être perçues favorablement par leurs collègues (Chávez & Yoder, 2014; Stanley, 2006b). Plusieurs modèles ont été élaborés pour tenter de décrire les relations et les sous-concepts du LC tant à l'international qu'au Canada, quelques exemples sont présentés dans la section suivante.

**Modèles de compétences de leadership clinique à l'international.** Depuis quelques années, des politiques organisationnelles, des lignes directrices ou des programmes de formation supérieure ciblant le développement d'un LC ont émergé dans

différents pays, notamment aux États-Unis : *Leadership initiative in nursing education* (Bellack et al., 2001), *Clinical nurse leader* (American Association of Colleges of Nursing, 2013); au Royaume-Uni (National Health Services Leadership Academy) : *Healthcare leadership model. The nine dimensions of leadership behaviour* (National Health Services Leadership Academy, 2011, 2014); *National Health Services Scotland leadership qualities framework* (National Health Services [NHS] Scotland, 2014); en Belgique (Dierckx de Casterlé et al., 2008); et en Australie (Paterson, Henderson, & Trivella, 2010).

Plus spécifiques aux USI, des lignes directrices encadrant les compétences des IS, incluant clairement les attentes de LC, proviennent des États-Unis (AACN, 2015) et du Royaume-Uni (Critical Care Networks National Nurse Leads [CC3N], 2016). Elles reposent sur des résultats probants publiés en 2015-2016. Les lignes directrices de l'AACN (2015) incluent maintenant les compétences des IS exerçant en soins aigus; une nouveauté de la deuxième édition. Elles s'adressent à tous les professionnels gravitant autour de la profession infirmière, c'est-à-dire aux professeurs, aux enseignants, aux étudiants, aux gestionnaires et aux administrateurs de tous les niveaux, aux collègues de l'équipe soignante, aux associations professionnelles ainsi qu'aux décideurs politiques (AACN, 2015). Cette organisation veut ainsi maximiser la diffusion des *standards* d'exercice attendus afin de permettre à la fois d'offrir des soins de haut niveau de qualité et d'assurer des échanges reposant sur un langage commun qui définit concrètement les frontières du rôle des IS (AACN, 2015).

Dans ces lignes directrices, les standards d'exercice sont divisés en trois catégories de compétences, soit l'exercice en soins critiques et aigus, la performance professionnelle et les stratégies d'implantation de la performance professionnelle. Le LC des IS est abordé à travers chacune des six sous-catégories de compétences de l'exercice (évaluation, diagnostic, identification des résultats, planification, implantation et réévaluation), mais particulièrement dans la catégorie du Leadership de la performance professionnelle. Cependant, elle s'adresse particulièrement à l'avancement de la profession. Ainsi, la communication, la flexibilité et la rapidité à prendre des décisions, le mentorat auprès de leurs collègues, l'expertise clinique disponible et accessible sont imbriqués dans les standards d'exercice décrits ci-haut, compétences associées à l'expression d'un LC (AACN, 2015).

Au Royaume-Uni, le curriculum des normes d'exercice du CC3N (2016) décrit de façon beaucoup plus détaillée les compétences de LC des IS exerçant aux USI. Déployé en 2012, ce curriculum fournit des critères observables pour chacune des compétences et habiletés que les IS doivent atteindre. Ces critères permettent de mieux cerner les acquis à mettre de l'avant par des actions précises. De plus, ils fournissent aux gestionnaires une compréhension claire de ce qui doit être observé. L'objectif de ce programme est de réduire l'écart entre la théorie et la pratique. En effet, il offre une structure qui intègre à la fois les compétences à acquérir durant la formation initiale et durant les premiers mois de l'exercice clinique (CC3N, 2016; Deacon et al., 2017). Grâce à ce langage commun, les outils d'évaluation et de soutien sont agencés et cohérents, limitant ainsi les inadéquations

entre les compétences des IND et les attentes de leur gestionnaire. La mise à jour de 2015 répond aux besoins réels des milieux de soins (Deacon et al., 2017), ce qui en fait le curriculum le plus actuel dans le domaine. Les critères associés aux cinq grands sous-concepts du LC sont : (1) démontrer des qualités personnelles, (2) travailler avec les autres, (3) gérer les services, (4) améliorer les services, et enfin, (5) donner la direction. Ces sous-concepts feront l'objet d'une description plus approfondie dans la section consacrée au cadre de référence et seront utilisés tout au long de la présente étude.

**Modèle de compétences de leadership clinique au Canada et au Québec.** En 2009, l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC, 2009) a émis sa position sur leadership infirmier. Cet énoncé décrit la nécessité, pour la profession, de prendre la place qui lui revient dans le système de santé, et ce, à tous les niveaux de la hiérarchie soit, de l'étudiante à la directrice des soins infirmiers, en passant par les décideurs et les milieux de formation. Cependant, aucune stratégie tangible (p. ex., par de la formation axée sur le LC) n'a été élaborée pour permettre aux IS de développer et d'appliquer leur LC.

Du côté des provinces, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO, 2013) a produit les *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains*, qui font uniquement référence au leadership organisationnel s'appliquant principalement aux gestionnaires, et non aux IS. Certains sous-concepts et

indicateurs peuvent être appliqués au rôle des IS, mais aucune description claire des actions attendues n'est incluse.

Au Québec, aucune étude n'offre d'explications sur le concept de LC et les caractéristiques qui y sont associées. Dans la plus récente version de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière*, élaborée au nom de l'OIIQ (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009), aucune mention n'en est faite. Cependant, à la lecture des compétences attendues, certaines actions liées au LC sont relevées au sein de chacune des composantes fonctionnelles, professionnelles et contextuelles du rôle des IS.

Du côté des associations et regroupements canadiens des IS des USI, seule l'ACIISI (2017) offre une définition précise du rôle attendu. Ce document, publié en 2017, contient sept compétences essentielles permettant d'établir des attentes réalistes pour l'exercice aux USI. Basées sur les meilleures pratiques, ces compétences permettent aux enseignants, praticiens et administrateurs œuvrant ou gravitant autour de ce secteur de mieux encadrer l'exercice en soins critiques au Canada. Le LC y est abordé indirectement dans chacune des descriptions des compétences sans toutefois faire l'objet d'une définition à proprement dite. Ainsi, la description des critères liés aux compétences attendues permet de comprendre que les IS se doivent d'anticiper, de collaborer, de coordonner, d'analyser et d'intervenir, sans nommer clairement qu'il s'agit de leadership. En comparant le vocabulaire utilisé dans la version francophone et anglophone, les deux langues officielles au Canada, il semble être plutôt question de « gestion » et non de

« leadership ». En effet, il est décrit que l'infirmière doit démontrer « des compétences de gestion » (ACIISI, 2017). Ceci témoigne de la confusion qui subsiste entre les rôles de gestionnaire et de leader, du manque de clarté dans la définition du rôle attendu, et ce même au sein des instances politiques devant promouvoir l'identité de la profession.

Au Québec, le Regroupement des infirmiers et infirmières de soins intensifs du Québec (RIISIQ) permet aux IS des USI d'avoir accès à de la formation continue sur les pratiques actuelles en soins critiques. Cependant, le RIISIQ n'a pas le mandat d'encadrer le rôle des IS aux USI et l'adhésion n'est pas obligatoire pour exercer dans ce secteur. Sa mission se limite à promouvoir et encourager l'excellence de l'exercice (RIISIQ, 2017).

Le manque de précision dans la description des concepts clés du LC et des compétences qui la composent, démontre l'absence de consensus qui prévaut autant au niveau fédéral que provincial. Cependant, son importance pour la profession infirmière n'est nullement contestée. Alors, comment les IND aux USI font-elles face à ce manque de précision dans un contexte aussi particulier. C'est ce qui sera décrit à la prochaine section.

### **Caractéristiques des unités de soins intensifs**

Une étude phénoménologique, menée par Linton et Farrell (2009) auprès de six IS possédant plus de cinq ans d'expérience aux USI et possédant une certification en soins critiques, a permis de mettre en lumière certaines caractéristiques professionnelles

requis pour un LC au quotidien. Les participantes ont jugé nécessaire de faire preuve de LC et de savoir diriger une équipe soignante grâce à cinq caractéristiques : être un modèle de rôle, savoir communiquer, avoir l'habileté à réfléchir en dehors des règles de gestion usuelles, prendre des décisions centrées sur les besoins de l'utilisateur, connaître les forces et limites des membres de l'équipe soignante, et enfin savoir s'adapter constamment à la situation de soins qui évolue rapidement en situation de soins critiques.

Ce leur côté, Conway et McMillan (2001) ont exploré, selon un devis qualitatif réalisé auprès de 32 IS des USI de tous les niveaux d'expérience, les particularités liées au contexte des USI. Certaines problématiques liées au leadership des IS ont émergées de l'analyse des résultats. Selon ces auteures, la présence ou l'omniprésence constante des intensivistes suggère aux IS qu'elles n'ont pas besoin de prendre d'initiatives lorsque la situation se complexifie. Ce relâchement au niveau de l'autonomie affaiblit la capacité de certaines IS à exercer leur LC. Or, celles qui désireront intervenir selon leur champ d'exercice seront perçues par leurs collègues comme étant provocatrices (Conway & McMillan, 2001). Afin de maintenir une forme de statu quo et d'assurer la stabilité de l'utilisateur en situation de santé déjà très complexe, les IS auront tendance à se camper dans des actions routinières et à maintenir un horaire de soins strict. Selon les auteures, cette façon de faire assure un niveau de confort suffisant, mais empêche les IS d'assumer ou de démontrer leurs compétences de LC.

Plusieurs années après l'étude de Conway et McMillan (2001), il semblerait que ce contexte persiste. Dans le même sens, une étude ethnographique plus récente de Scott, Estabrooks, Allen et Pollock (2008) a démontré, suite l'observation de 29 membres de l'équipe soignante (incluant des IS) exerçant aux USI pédiatriques d'Alberta, que les IS persévéraient à maintenir une routine stricte et évitaient d'en déroger.

De plus, certaines auteures (Conway & McMillan, 2001; Goudreau et al., 2013) ont constaté un manque de préparation lors de la formation initiale et de clarté face au rôle de leader, et cela, dans toutes les sphères de la profession. Par conséquent, la contribution particulière que pourraient avoir les IS auprès de l'utilisateur et de l'équipe multidisciplinaire est peu valorisée (Conway & McMillan, 2001; Goudreau et al., 2013). Cette réalité n'aide en rien les IND à prendre leur place au sein de l'équipe soignante (Baumberger-Henry, 2012; Goudreau et al., 2013).

### **Expérience de l'exercice du leadership clinique des IND aux USI**

Peu d'études se sont centrées précisément sur la description de l'expérience de l'exercice du LC des IND aux USI. Considérant que les étudiantes infirmières constituent les IND à venir sur le marché du travail, il a été décidé d'inclure à cette recension des écrits les études dont l'échantillon intégrait cette population (Démeh & Rosengren, 2015). D'autre part, puisqu'aucune étude recensée ne s'est penchée sur les IND exerçant aux USI, celles issues des soins aigus (Ekström & Idvall, 2015; Kramer et al., 2012; Larue, Dubois, Girard, Goudreau & Dumont, 2013; Vilela & de Souza, 2010) ont été aussi

retenues puisqu'il s'agit d'un secteur où elles débutent généralement leurs apprentissages professionnels.

Tout d'abord, Démeh et Rosengren (2015) ont réalisé une étude qualitative auprès d'étudiantes jordaniennes ( $n = 20$ ) ayant complété un cours académique d'intégration pratique sur le leadership et la gestion en sciences infirmières. Ces étudiantes ont pu décrire l'expérience qu'elles ont vécue durant ces 16 semaines de cours où elles étaient jumelées à une IS œuvrant sur une unité de soins aigus. Les commentaires des étudiantes ont permis de mettre en lumière leurs préoccupations face au manque de préparation adéquate à la réalité de l'exercice professionnel. Elles jugeaient qu'elles ne possédaient pas suffisamment de connaissances pour gérer efficacement une situation de soins, puisque leur rôle allait au-delà de la prestation des soins, et de l'application de procédures. De plus, elles percevaient que le processus de soins et leur planification n'étaient que des principes théoriques nécessitant d'être mis en pratique pour être mieux compris. Elles ont pu, dans le cadre de ce cours, acquérir une meilleure compréhension du processus de soins, du travail d'équipe, des activités déléguées, de la gestion des demandes surgissant au quotidien, et de la collaboration focalisant principalement sur le rôle de leadership. Fortes de ces constats, les étudiantes ressentent une meilleure confiance en elles, ce qui les aide à entamer leur exercice professionnel.

Ces résultats semblent concorder avec ceux de l'étude de Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont (2013). Ces chercheuses ont procédé à une recherche participative

selon une perspective constructiviste auprès de 34 IND québécoises exerçant depuis moins de 24 mois sur une unité de soins aigus, sept de leur collègues IS et 19 gestionnaires (infirmière-chef, responsable de la formation continue, infirmière clinicienne spécialisée, directrice et enseignante). Pendant cette étude, les IND étaient amenées à décrire leur expérience d'exercice du LC et de raisonnement clinique dans le cadre de leur quotidien professionnel. Selon leurs témoignages et leurs réponses aux questionnaires, elles perçoivent le LC comme étant une priorité de leur exercice professionnel, mais, elles se considèrent moins compétentes à le démontrer au quotidien. Elles éprouvaient de la difficulté à prendre des initiatives, à s'affirmer, à prendre en main une situation de soins, à s'exprimer avec confiance et à influencer les soins offerts à l'utilisateur.

Kramer et al. (2012) ont, quant à elles, rencontré individuellement et en groupe-focus, en plus de procéder à leur observation, 330 IND exerçant la profession infirmière depuis six à 15 mois sur différentes unités de soins, incluant les soins critiques, au sein de plusieurs centres hospitaliers américains. Ces chercheuses tentaient de décrire les actions de LC que les IND adoptaient dans leur exercice professionnel au quotidien. Selon leur constat, les IND éprouvaient des difficultés à reconnaître les activités de soins qu'elles peuvent déléguer à leurs collègues de travail. Leurs problèmes englobaient aussi la planification et l'organisation des différentes activités de soins durant leur quart de travail, la réorganisation de leurs priorités lorsqu'un imprévu se présentait, la gestion de la latitude qui leur est accordée dans le cadre de leur autonomie professionnelle. De plus, elles peinaient à gérer les conflits avec les collègues de travail, à collaborer et à communiquer

adéquatement avec les autres professionnels de la santé qui gravitent autour de l'utilisateur, notamment lorsqu'il s'agissait de transmettre les informations pertinentes au médecin durant une situation hors norme. Le constat final était que les IND perdent confiance en elles.

Ceci semble correspondre aux conclusions de l'étude de Ekström et Idvall (2015) indiquant que les IND pratiquant en soins aigus semblaient peu préparées à assumer leur rôle de LC en début d'exercice professionnel. Ce constat découle de l'analyse des entrevues individuelles réalisées auprès de 12 IND suédoises possédant moins de 12 mois d'expérience professionnelle sur une unité de soins aigus. En effet, leurs résultats indiquaient que les IND ressentent un sentiment d'échec face à l'ambiguïté de leur rôle de leadership qui, d'ailleurs, leur est peu connu. Les auteurs ont aussi noté le manque d'expérience pour déléguer et prioriser, ce qui rend la coordination de l'équipe soignante difficile. Le sentiment d'être la personne inappropriée pour répondre aux attentes a été soulevé, surtout lorsqu'il existe une inadéquation entre les ressources disponibles et les demandes à combler. De plus, les IND perçoivent qu'elles ont un rôle à jouer dans la perception d'efficacité de l'équipe et qu'elles doivent communiquer adéquatement, mais elles veulent tout de même se sentir acceptées et comprises. Ces principales difficultés vécues par les IND découlent des attentes qu'elles perçoivent. En effet, elles voient la nécessité d'apprendre et de vouloir diriger ainsi que d'assurer la qualité et la sécurité des soins offerts. Elles sont donc conscientes des attentes, mais elles semblent peu outillées et préparées pour en assumer la responsabilité.

Vilela et de Souza (2010) ont quant à eux effectué une étude descriptive à devis mixte auprès de 15 IND exerçant depuis moins d'un an, principalement sur les unités de soins aigus, dans des hôpitaux du Brésil. Selon les résultats obtenus par ces chercheurs, les attributs liés aux comportements de LC sont : la communication, l'intelligence, la confiance en soi, le charisme, l'autorité, l'honnêteté, la dextérité technique et la persuasion. Cependant, les IND font face à des défis lors du développement de leur LC, soit : l'acceptation par l'équipe soignante, les relations interpersonnelles difficiles, le sentiment de dépassement que vivent les professionnels, la rareté des ressources et certains facteurs liés à l'inexpérience. De plus, le principal défi de l'exercice du LC ayant été nommé par les IND est la communication avec l'équipe soignante. Ces auteurs indiquent que la raison déterminante derrière ces défis, telle qu'évoquée par les IND, est le manque de formation sur l'exercice du LC. Ce manque de formation rend nécessairement difficile l'expression des compétences qui y sont liées.

### **Facilitateurs et barrières à l'exercice du leadership clinique**

La recension a permis d'identifier des éléments qui influencent l'exercice du LC. Ainsi, l'intégration progressive du rôle d'IS, la valorisation du rôle de leader, l'implication de l'infirmière dans la prise de décisions cliniques et le travail d'équipe, influencent grandement l'expérience de l'exercice du LC chez les IS (Burns, 2009b; Connolly, Jacobs, & Scott, 2018; Davidson, Elliott, & Daly, 2006; Fealy et al., 2011; Galuska, 2012; Grindel, 2016; Mc Carthy et al., 2019; Stanley & Stanley, 2018). Bien que ces éléments soient pertinents, il demeure qu'aucune recherche n'a été menée auprès des IND exerçant

aux USI. Il est alors difficile d'établir quels sont les éléments qui pourraient influencer l'exercice de leur LC. Seul le Royaume-Uni a effectué un travail de fond afin d'intégrer formellement le LC dans l'exercice des professionnels de la santé par le biais du développement du cadre de référence du *Clinical leadership competency framework* (CLCF) (NHS Leadership Academy, 2011, 2012).

Lors du développement du CLCF au Royaume-Uni, le *Health Service Executive* (HSE) d'Irlande s'est intéressé plus particulièrement aux besoins liés au développement du LC (Casey, McNamara, Fealy, & Geraghty, 2011; Fealy et al., 2011). Cette grande enquête transversale effectuée auprès de tous les professionnels de la santé du pays ( $N = 3000$ ), près du tiers des participantes étaient des infirmières ou sages-femmes ( $n = 911$ ), dont une majorité était des IS ( $n = 599$ , 66,6 %). Or, seulement 11 % ( $n = 98$ ) des participantes possédaient moins de cinq ans d'expérience, ce qui indique que les IND étaient peu représentées (3 %) dans cette étude (HSE, 2010). Il est donc difficile d'identifier les informations émanant spécifiquement des besoins des IND par rapport à leurs collègues plus expérimentées. Selon les résultats obtenus, les IS auraient principalement besoin pour exercer leur LC de développer une meilleure gestion de l'environnement clinique, en plus d'acquérir des compétences en gestion du changement, en coordination des soins, en relations interpersonnelles et interprofessionnelles ainsi qu'en gestion des conflits (Casey et al., 2011).

Certaines initiatives ont permis de démontrer qu'un programme structuré ciblant le LC en facilitait l'exercice. En général, il a été constaté une amélioration de l'intégration des multiples compétences (p. ex., communication, travail d'équipe, gestion du temps) nécessaires à l'exercice du LC chez les IS de soins aigus (Dyess & Sherman, 2011; Galuska, 2015). Ces mêmes améliorations ont été observées chez les étudiantes en cours de formation initiale en sciences infirmières (A. Brown, Dewing, & Crookes, 2016; Démeh & Rosengren, 2015; Grossman, 2007; Middleton, 2013; Pullen, 2003) et chez celles appliquant certaines stratégies d'apprentissages spécifiques, dont la simulation haute fidélité (Kaddoura, 2010; Morrison & Catanzaro, 2010; Sharpnack, Goliat, Baker, Rogers, & Shockey, 2013).

Au Québec, aucun programme spécifique ne cible actuellement le LC des IND. Depuis 2008, le MSSS (2008) demande aux établissements de la santé d'offrir un soutien aux IND possédant moins de deux ans d'expérience exerçant au sein de leur organisation en échange d'un budget dédié à ce programme de préceptorat (MSSS, 2011). Cependant, aucune directive officielle ne définit le type de programme de soutien devant être offert aux IND. Ainsi, le contenu de ces programmes est établi localement.

En résumé, plusieurs organisations internationales ont jugé nécessaire d'élaborer un cadre de référence portant sur le rôle de LC. Cependant, au Canada et plus spécifiquement au Québec, aucun organisme ne décrit ce rôle clairement, même s'il est considéré comme une compétence centrale pour assurer la sécurité et la qualité des soins

offerts aux usagers (Daly, Jackson, Mannix, Davidson, & Hutchinson, 2014; Goudreau et al., 2013). De plus, la majorité des études empiriques recensées portent sur le LC des étudiantes ou des IS exerçant sur des unités de soins aigus, mais aucune dans un contexte d'USI, et encore moins québécois. Or, l'amélioration des connaissances liées à l'expérience du rôle de LC des IND est d'autant plus importante au sein du contexte particulier des USI. En effet, ce milieu de soins comporte une présence médicale quasi constante où le leadership est perçu comme étant lié au pouvoir décisionnel. Dans un contexte qui mène rapidement les IND québécoises vers l'exercice de leur leadership, ces facteurs méconnus doivent être approfondis. Actuellement, aucune étude ne décrit l'expérience de l'exercice du LC aux USI et encore moins chez les IND du Canada ou du Québec. Cette première étape est essentielle pour cerner adéquatement l'expérience vécue par les IND. Elle permettra aussi d'explorer et de décrire les facilitateurs et barrières du rôle de LC chez les IND. Dans le prochain chapitre, le cadre de référence, qui soutient la démarche du projet de recherche, sera présenté.

## **Cadre de référence**

L'utilisation d'un cadre de référence émanant des sciences infirmières facilite la traduction des résultats en langage utilisable dans la profession par ses professionnels (Fortin & Gagnon, 2016). Le *National standards for critical care nurse education* (CC3N, 2016) s'impose comme choix dans le cadre de cette recherche. Il a été développé spécifiquement pour les sciences infirmières, permettant l'enseignement, l'acquisition et l'évaluation des compétences de LC auprès des IS, incluant les IND, qui désirent travailler aux USI. Chacune des trois étapes d'apprentissage est décrite sous forme d'actions attendues dans un guide d'évaluation, incluant les compétences spécifiques de LC pour ce secteur.

### **Origine et bases théoriques**

Au Royaume-Uni, le Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N) a développé dès 2008, le *National standards for critical care nurse education*, un curriculum des normes d'exercice pour les USI du pays (CC3N, 2016). Ce curriculum, spécifique pour les IS, est structuré sur les bases du programme de développement des compétences de LC, le *Clinical leadership competency framework* (CLCF) du National Health Services Leadership Academy (NHS Leadership Academy). Dans l'élaboration des standards de pratiques, les auteurs ont combiné les cinq composantes du LC du CLCF

aux compétences attendues aux USI selon l'Intensive Care Society (ICS) afin de construire un guide d'appréciation de l'évolution spécifique pour les IS exerçant à ces unités. L'ICS a pour mandat de fournir des ressources éducatives et un soutien aux IS des USI ainsi qu'un guide de pratiques exemplaires pour les compétences qu'elles doivent acquérir afin qu'elles puissent offrir des soins de la plus haute qualité (ICS, 2013). Cette combinaison offre alors un guide spécifique pour l'acquisition des compétences de LC spécifiques aux USI.

Selon le NHS Leadership Academy (2011, 2012), cinq sous-concepts du LC influencent la prestation des soins de santé, soit (1) les qualités personnelles, (2) le travail avec les autres, (3) la gestion des services, (4) l'amélioration des services et la capacité à (5) indiquer la voie (Appendice B). Chacune de ces composantes évolue selon le niveau d'expérience professionnelle de l'infirmière depuis la période étudiante jusqu'à l'atteinte du niveau de compétence recommandé par ce modèle qui est objectivé par une grille d'évaluation. En nommant clairement et objectivement les attentes, il est possible de mieux arrimer les programmes de formation professionnelle aux besoins réels du réseau de la santé et d'évaluer sur un seul et même continuum les compétences requises de la formation initiale à l'exercice clinique sans faire fi de la formation en milieu de travail (Long & Spurgeon, 2012). Ces composantes seront décrites un peu plus loin dans le présent chapitre.

Une première version du programme du *National standards for critical care nurse education* a été publiée en 2012. Suite à des consultations et à la rétroaction recueillie, une version éditée est parue en 2015 afin de répondre au contexte d'exercice professionnel réel et actuel (Deacon et al., 2017). Cette révision en fait le programme le plus récent offrant une vision particulièrement précise des compétences attendues de LC chez les IS des USI. C'est pourquoi le cadre du CC3N a été retenu comme cadre de référence puisqu'en plus d'être spécifique aux sciences infirmières, il est propre à la population cible du présent projet de recherche. Il importe maintenant d'en décrire les concepts et sous-concepts.

### **Compétences de leadership clinique des infirmières soignantes aux USI**

Les grandes thématiques structurant le contenu du *National standards for critical care nurse education* proviennent des directives de l'ICS qui sont entre autres de l'ordre de la physiopathologie : système respiratoire, cardiovasculaire, rénal, gastro-intestinal, neurologique, tégumentaire, soins de fin de vie, transferts intra et interhospitaliers, réhabilitation et soins périobstétricaux. De plus, une très grande importance est accordée à la communication, au travail d'équipe, aux questions d'ordre légales et éthiques ainsi qu'aux soins centrés sur l'utilisateur puisque ce sont des aspects primordiaux dans un contexte de soins critiques où la situation de l'utilisateur progresse rapidement (CC3N, 2015) (Appendice C). Ses auteurs ont cependant contextualisé les compétences du CLCF afin de décrire spécifiquement les comportements de LC attendus de la part des IND aux USI

(p. ex., s'assurer que l'utilisateur *aux USI* fait partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire, maintenir la routine *des USI*) (CC3N, 2015, 2016).

**Compétences de leadership clinique des IND aux USI.** Comme mentionné plus tôt, trois étapes d'apprentissages sont décrites tant dans le CLCF que dans le *National standards for critical care nurse education*. Le premier niveau attendu doit être rencontré durant les 12 premiers mois du programme de formation. De ce fait, seulement deux sous-concepts du LC doivent être principalement atteints par la population cible de la présente étude. En effet, selon le CC3N (2015), les IND doivent satisfaire aux compétences liées à (1) *démontrer des qualités personnelles*<sup>2</sup> et (2) *travailler avec les autres* (Appendice C). Les trois autres sous-concepts de LC, soit : (3) *gérer les services*, (4) *améliorer les services* et (5) *indiquer la voie*, émergeraient à un niveau d'expérience supérieur. Selon les auteurs, ce n'est qu'après une année d'expérience que l'infirmière devrait démontrer ces compétences spécifiques.

***Démontrer des qualités personnelles.*** Ce premier sous-concept du CLCF se définit par l'habileté des leaders à s'appuyer sur leurs valeurs, leurs forces et leurs aptitudes pour offrir des soins basés sur les pratiques exemplaires (NHS Leadership Academy, 2011). Pour y parvenir, la connaissance, la gestion et l'actualisation de soi en plus de la capacité d'agir avec intégrité sont requises. Ainsi, les IND se doivent de développer et de démontrer ces qualités, notamment par la discussion avec les IS auxquelles elles sont jumelées durant leur intégration. Elles peuvent aussi en faire la

preuve en priorisant adéquatement leurs activités de soins et celles des membres de l'équipe avec qui elles sont appelées à collaborer en plus d'adopter une routine adaptée aux soins critiques. La communication avec les membres de l'équipe multidisciplinaire, ainsi que celle avec l'utilisateur et sa famille, doit se faire de manière optimale. Elle doit être respectueuse, centrée sur les besoins de l'utilisateur et les principes sécuritaires. Les IND doivent être dotées d'une autocritique adéquate face à leurs actions pour parvenir à identifier leurs forces, leurs défis et leurs sources de stress. Elles doivent également arriver à détecter ces mêmes éléments auprès des membres de l'équipe. De surcroît, les IND doivent identifier leurs propres besoins d'apprentissage, en fixer les objectifs et trouver les moyens pour parvenir à les combler. Sans compter qu'elles sont tenues de reconnaître les situations éthiques qui se présentent au quotidien, de comprendre les principes de la gestion des conflits et d'en débattre avec l'IS qui les accompagne.

*Travailler avec les autres.* Le deuxième sous-concept du LC porte sur le travail avec les autres. Les infirmières qui font preuve de LC travaillent avec les membres de l'équipe ainsi que ceux du réseau pour assurer une amélioration continue des services offerts à l'utilisateur. Or, les IND ont la responsabilité de se développer un réseau de contacts issu de l'équipe multidisciplinaire, d'assurer le professionnalisme et la collaboration de cette relation. C'est ainsi qu'elles seront capables d'encourager la contribution de chacun, de fournir du soutien et de la réassurance à leurs collègues. La présentation et la résolution des problèmes rencontrés par l'utilisateur lors des rencontres multidisciplinaires sont aussi valorisées. En plus de permettre de développer la reconnaissance des valeurs des autres et

le respect des points de vue divergents, leur implication aux rencontres aide à s'éduquer sur la façon constructive d'agir pour résoudre des conflits.

***Gérer les services.*** La gestion des services, soit le troisième sous-concept du LC qui ne serait pas attendu auprès des IND durant les 12 premiers mois, réfère au potentiel des IS à se concentrer sur le succès de l'organisation dans laquelle elles travaillent. Elles doivent être en mesure de planifier, de gérer des ressources matérielles, des personnes et la performance de l'équipe soignante. Armée de ces compétences de gestion des services, les IS pourraient améliorer les services offerts à l'utilisateur.

***Améliorer les services.*** Améliorer les services est le quatrième sous-concept du CLCF qui, lui non plus, ne vise pas les IND. Il s'agit de la disposition des IS à faire une réelle différence dans la santé des gens en offrant des services de haute qualité et en améliorant les services qui n'atteignaient pas ces standards. Les actions qui témoignent de cette compétence sont les démarches entreprises pour assurer la sécurité des patients, évaluer de façon critique les services et les soins, encourager l'amélioration et l'innovation et faciliter la transformation des services offerts aux usagers.

***Indiquer la voie.*** Le cinquième et dernier sous-concept du cadre de référence consiste à indiquer la voie en contribuant à la stratégie et aux aspirations de l'organisation, en plus d'agir de manière conforme à ses valeurs. Ce qui implique que l'IS doit être apte à identifier le contexte favorable au changement, à mettre ses connaissances et les données

scientifiques à profit, à prendre des décisions et à en évaluer l'impact. Ce dernier sous-concept ne constituerait pas une attente auprès des IND de moins de 12 mois d'expérience.

En résumé, les sous-concepts du LC du CLCF contextualisés par le CC3N sont retenus comme cadre de référence pour le présent projet de recherche puisqu'ils offrent une compréhension des attentes auxquelles les IND exerçant aux USI font face. Bien que les trois des sous-concepts ne soient pas anticipés en début d'exercice des IND aux USI, elles devront les mettre en œuvre tôt plutôt que tard si elles veulent exercer leur LC. Ainsi, puisqu'il est possible que certaines IND du présent projet démontrent de telles compétences, tous les sous-concepts toutefois seront utilisés. Les sous-concepts et les comportements attendus de LC du cadre de référence (p. ex., prendre des décisions, gérer son temps de manière constructive, répondre efficacement aux défis de communication) ont été utilisés pour élaborer le guide d'entrevue avec la prémisse qu'elles permettraient de mieux diriger la conversation sur ce qui est nécessaire à l'exercice du LC aux USI. Étant donné que ce cadre de référence offre une compréhension de la réalité spécifique aux sciences infirmières, il a aussi servi de structure pour procéder à l'analyse des données colligées ainsi qu'à l'interprétation des résultats. La contribution de ce cadre est d'autant plus importante qu'il permet de contextualiser les comportements de LC en leur attribuant un niveau d'expérience. Le chapitre suivant décrit la méthode utilisée pour réaliser la présente recherche, soit le devis qualitatif descriptif selon Sandelowski (2000, 2004, 2010). Le déroulement de l'étude ainsi que les différentes étapes de l'analyse des données permettant de répondre à la problématique d'intérêt sont aussi exposés.

## **Méthodologie**

Le but de la présente recherche est de décrire la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI dès le début de leur exercice professionnel. Plus précisément, l'objectif est de décrire la perception de l'exercice du LC selon leur expérience ainsi que les facilitateurs et les barrières qui permettent ou nuisent à l'exercice de leur rôle de LC. Comme évoqué précédemment, aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur ce sujet. C'est pourquoi une recherche de type qualitatif est conduite puisqu'elle permet d'obtenir une meilleure compréhension d'un sujet peu exploré, et ce, à partir du point de vue de la personne qui le vit (Sandelowski, 2004, 2010). Ce chapitre décrit d'abord la méthode de recherche soit, le devis de recherche qualitatif descriptif selon Sandelowski (2000, 2010). Par la suite, les détails concernant la population cible, l'échantillon et le recrutement seront fournis. Aussi, les informations sur le milieu à l'étude, le déroulement de la collecte de données ainsi que le plan d'analyse sont détaillés. Ensuite, une section est consacrée aux critères de rigueur et de scientificité, puis aux considérations éthiques. Enfin, les retombées attendues du présent projet complètent ce chapitre.

Le projet de recherche qualitative de type descriptif proposé est inspiré de Sandelowski (2010). Selon cette auteure, ce type de devis est flexible puisqu'il se base sur le riche vécu des participantes pour offrir une description d'une expérience clinique, d'une

perception ou d'un événement tout en utilisant leur langage. Toujours selon Sandelowski, ce devis offre la possibilité de décrire avec justesse un phénomène tout en limitant les interférences associées à un cadre philosophique ou théorique strict (Sandelowski, 2000, 2010) pouvant mener à l'interprétation des données et à s'éloigner de la signification perçue par les participants (Bradshaw, Sandra, & Doody, 2017). Le rendu des résultats assure au lecteur vivant une expérience similaire de s'y reconnaître en raison de l'aspect familier qui leur sont attribués, puisqu'il se rapproche de très près des descriptions fournies par les participantes, qui sont les expertes de sujet (Bradshaw et al., 2017; Kim, Sefcik, & Bradway, 2017; Sandelowski, 1995b, 2000, 2010). La recherche qualitative descriptive (Sandelowski, 2000, 2010) reconnaît la subjectivité des participantes ainsi que celle du chercheur impliqué dans la collecte des données et lors de l'interprétation des résultats. En fait, c'est ce qui rend les résultats riches et vivants (Bradshaw et al., 2017).

### **Population**

Dans le cadre de ce projet de recherche, la population des IND est étudiée. Par définition, les IND sont des infirmières ayant complété leur formation initiale et qui possèdent moins de 18 mois d'expérience au sein de la profession (Duchscher, 2007). Toutefois, il est important de rappeler que l'expérience professionnelle n'est pas tributaire de la date de fin des études. En effet, une infirmière œuvrant à temps partiel ne cumulera pas la même expérience que celle travaillant à temps plein, même si elle a obtenu son diplôme au même moment. Puisque la définition de la transition d'une IND de Duchscher (2007) est basée sur des IND de soins aigus et considérant que la majorité des programmes

d'intégration des milieux de soins critiques québécois ont une durée variant de deux à six mois, il est permis de croire que la période d'adaptation de celles exerçant aux USI pourrait s'étaler sur une période pouvant atteindre 24 mois. Ainsi, la population à l'étude est composée d'IND possédant moins de 24 mois d'expérience acquise aux USI ce qui représente, selon Sandelowski (1995b), les expertes du phénomène étudié.

### **Échantillon et critères d'inclusion**

En recherche qualitative de type descriptif, le nombre de participantes requis est déterminé par l'obtention de la redondance des données permettant d'acquérir une compréhension nouvelle et riche de l'expérience des participantes sur la problématique d'intérêt (Francis et al., 2010; Sandelowski, 1995b). La recherche qualitative ne vise pas une généralisation des résultats (Bradshaw et al., 2017). C'est pourquoi il existe une variation importante au sujet de la taille minimale requise de l'échantillon (Kim et al., 2017).

Selon Francis et al. (2010), pour atteindre la redondance, il faut : (1) établir le nombre minimal de participantes en fonction de la complexité de la question de recherche, la diversité au sein de l'échantillon et la nature de l'analyse, (2) procéder à des entrevues supplémentaires jusqu'à ce que trois participantes consécutives n'évoquent plus de nouveaux thèmes, (3) arrêter lorsqu'il n'y a aucun élément nouveau, et enfin, (4) faire valider l'encodage par un tiers. Ces critères ont été utilisés durant la collecte de données afin d'évaluer le nombre d'entrevues requis ce qui a permis d'atteindre cette redondance.

Dans leur recherche qualitative de type descriptif traitant de l'expérience du LC des IS, Ekström et Idvall (2015) ont dû procéder à 12 entrevues pour obtenir une redondance des thèmes. Considérant que la population cible et la problématique d'intérêt de cette étude sont similaires à celles du projet proposé, un échantillon de 12 participantes a initialement été visé. Cette conclusion a tenu compte de l'emphase mise sur la proximité avec les participantes (Bradshaw et al., 2017).

Les critères d'inclusion établis sont (1) les IND doivent posséder moins de 24 mois d'expérience en tant qu'IS, (2) avoir débuté et toujours exercer aux USI ou aux soins intermédiaires d'un établissement québécois, (3) avoir un intérêt à partager leur expérience et (4) maîtriser la langue française (parlée et écrite). Les soins intermédiaires des CIUSSS ont comme caractéristiques d'accueillir des usagers instables, et sont donc sous monitoring invasif en plus d'être sous ventilation mécanique invasive (MSSS, 2012). Ses caractéristiques sont alors les mêmes que les USI régulières. C'est pourquoi ce milieu d'exercice a été intégré aux critères d'inclusion. Aucun critère d'exclusion n'a été établi.

### **Technique d'échantillonnage**

Afin d'assurer une participation maximale et de faciliter le recrutement, deux méthodes d'échantillonnage de type non probabiliste ont été retenues. Premièrement, les participantes ont été recrutées selon une méthode accidentelle ou de convenance. Cette méthode est utilisée lorsque le budget et les délais sont réduits et que l'identification des répondants correspondant à la population cible est difficile (Gavard-Perret & Aubert,

2018), ce qui s'applique au présent projet. Cette méthode offre l'avantage non négligeable que les participantes souhaitant partager leur expérience sont en mesure d'offrir un discours riche en informations (Bradshaw et al., 2017).

Dans un deuxième temps, l'étudiante-chercheuse a eu recours à un échantillonnage par réseau. Il a été demandé aux personnes approchées lors du recrutement, qu'elles désiraient participer ou non au projet de recherche, de diffuser l'information à leurs collègues de travail ou de classe ainsi qu'à leurs amies correspondant aux critères établis. Cette méthode a le mérite de permettre de contacter des participantes qui pourraient être difficiles à rejoindre dans un contexte de rareté (Streubert & Carpenter, 2011), ce qui est le cas, puisque la population cible représente 3,5 % ( $n = 128$ ) des IND pour l'année 2019-2020 (Marleau, OIIQ, communication personnelle, 28 août 2020). Ces méthodes de recrutement sont détaillées dans la prochaine section.

### **Recrutement**

Le milieu de recrutement est indépendant du lieu d'exercice des IND. Cette méthode permet d'accéder à des participantes provenant de différentes USI et œuvrant auprès de différentes clientèles. Ceci vise un accès à une plus grande richesse d'informations. Avec l'accord du directeur du Module des Sciences de la santé de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (Appendice D) et grâce à la collaboration des professeurs et des chargés de cours de ce Module, il a été possible de cibler les groupes-classes qui incluent la population cible, soit les étudiantes admises au premier

cycle du programme du DEC-Bac en sciences infirmières, du campus de Saint-Jérôme. Ce programme a été choisi, car ces étudiantes ont majoritairement intégré le marché du travail comme IS au cours des trois derniers mois et elles possèdent en général moins de 24 mois d'expérience lorsqu'elles suivent le cursus régulier. De plus, elles peuvent transmettre les informations à leurs collègues qui pourraient avoir effectué un parcours académique différent, améliorant la richesse de l'échantillon.

Ainsi, 13 professeurs et chargés de cours sur 20 ont autorisé à ce que l'étudiante-chercheuse effectue une présentation du projet dans leur cours. Au total, 16 présentations de cinq minutes ont été réalisées et plus de 350 lettres de recrutement (Appendice E) ont été remises aux étudiantes entre le 5 et le 30 novembre 2018. Afin de préserver l'anonymat des participantes, les feuilles ont été distribuées à toutes les étudiantes présentes, qu'elles aient ou non reçu la présentation antérieurement. De plus, elles étaient invitées à transmettre la lettre de recrutement à une personne qui, selon elles, correspondrait aux critères d'inclusion, ce qui en faisait la deuxième méthode de recrutement.

Suite à ces présentations, une seule personne a démontré son intérêt à participer. Cependant, celle-ci ne correspondait pas aux critères d'inclusion puisqu'elle ne travaillait plus aux USI de son établissement depuis quelques mois. Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer le manque de participation. D'abord, il pourrait être lié au fait que le recrutement a été réalisé à la fin de la session (p. ex., stress, charge de travail). Ensuite, le manque d'intérêt pour la recherche ou encore l'absence d'étudiante

correspondant aux critères d'inclusion (p. ex., plus de deux ans d'expérience, n'ont pas débuté ou ne travaillent plus aux USI) pourraient être en cause. Il a donc été nécessaire de trouver un autre moyen de recrutement puisque cette approche a été infructueuse.

Afin de diffuser à plus grande échelle et joindre le plus de personnes possible, deux solutions contemporaines ont été ciblées comme moyens de recrutement suite à leur approbation par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQO (Appendice F). Premièrement, en février 2019, une publication des informations du projet de recherche a été diffusée sur des pages Facebook (Appendice G). Plus précisément, les pages utilisées sont celles des étudiantes en sciences infirmières de l'UQO du campus de Saint-Jérôme, du RIISIQ, ainsi que la page personnelle de l'étudiante-chercheuse.

Deuxièmement, lors de l'inscription annuelle au tableau de l'OIIQ, un recensement obligatoire annuel est effectué sur les données sociodémographiques des infirmières. Lors de cette déclaration, elles sont invitées à donner leur consentement à participer à des projets de recherche en sciences infirmières. Suite à une demande d'accès à ces informations (Appendice H), effectuée en janvier 2019, l'OIIQ a pu fournir une liste des courriels des IS et CEPI ayant manifesté leur intérêt à participer à une recherche et qui correspondaient en partie aux critères d'inclusion : date de graduation de moins de 24 mois, avoir déclaré travailler aux soins intensifs en date du 1<sup>er</sup> avril 2018, soit la date de mise à jour de leur dossier professionnel. À partir de cette liste, un courriel individuel a été envoyé à ces 844 membres de l'OIIQ (Appendice I), permettant de préserver

l'anonymat des potentielles participantes. Cette méthode de recrutement a permis d'obtenir tous les participants du présent projet.

### **Description du milieu**

Les participantes recrutées exercent aux USI, incluant les soins intermédiaires, au sein de 11 centres hospitaliers offrant des soins à une clientèle adulte ou pédiatrique. Ces centres hospitaliers provenaient de CISSS ou de CIUSSS de neuf régions administratives du Québec sur 17.

### **Collecte de données**

La collecte de données a été réalisée à l'aide de deux outils, soit un questionnaire sociodémographique, sous forme de courtes réponses permettant de connaître les participantes, ainsi qu'un guide d'entrevue semi-dirigé comportant des questions ouvertes portant sur l'expérience de l'exercice du LC. Ces outils ont été testés lors d'entrevues pilotes. La description de ces outils est abordée dans les sections suivantes.

#### **Outil 1 : Questionnaire sociodémographique**

Le questionnaire sociodémographique (Appendice J) a été utilisé en vue de colliger des informations sur l'échantillon du projet de recherche. Son contenu en neuf questions a été élaboré à partir de la recension des écrits en ce qui a trait à l'expérience professionnelle acquise, la formation initiale ainsi que les formations reçues, et qui a

permis d'établir les similitudes et différences entre ce projet et celles retrouvées dans les écrits empiriques.

## **Outil 2 : Entrevue semi-dirigée**

Afin de procéder à la collecte des données sur le sujet de recherche, l'entrevue individuelle semi-dirigée a été choisie. Elle permet d'équilibrer le niveau d'introspection et la profondeur de l'exploration face à un sujet contrairement à un questionnaire ou à une entrevue non dirigée (Gavard-Perret & Aubert, 2018). Cette méthode flexible offre la liberté aux participantes de suivre leur propre logique durant la discussion. L'intervieweur, quant à lui, s'assure d'aborder une liste de thèmes prédéterminés, ce qui facilite le processus lorsqu'il y a contrainte de temps (Gavard-Perret & Aubert, 2018). Cette méthode convient très bien au présent projet de recherche puisque les participantes sont à même de partager leur réalité selon leur expérience de l'exercice du LC aux USI et d'en faire ressortir les facilitateurs et barrières principaux.

**Guide d'entrevue.** Le guide d'entrevue (Appendice K) contient sept questions portant sur l'expérience de l'exercice du LC de la participante. Il a été élaboré à partir des connaissances actuelles sur le LC et des sous-concepts du cadre de référence du CC3N (2016). Des questions ouvertes ont été formulées afin de permettre aux participantes de répondre sans être dirigées ou influencées dans leurs réponses. Cette approche permet, selon Gavard-Perret et Aubert (2018), de systématiser les thèmes abordés en cours de collecte afin de faciliter la comparaison des réponses obtenues et, ultérieurement, leur

analyse. Les détails et explications sur l'élaboration des questions sont décrits à l'Appendice L.

**Entrevue pilote.** Suite à l'élaboration du guide d'entrevue, le questionnaire sociodémographique et le guide d'entrevue ont été testés. L'entrevue pilote sert à vérifier la compréhension des questions et les réponses qu'elles engendrent (Larivière & Corbière, 2014) avant de débiter le projet de recherche. Pour ce faire, trois volontaires ( $n = 3$ ) ont accepté de répondre aux questionnaires. Il s'agit d'infirmières cliniciennes aux USI qui avaient en moyenne 4,47 ans d'expérience à temps complet au moment de l'entrevue pilote. Après chacune des entrevues, la structure des questions a été améliorée afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. De plus, l'ordre des questions a été revu pour assurer une évolution cohérente du sujet et ainsi améliorer la fluidité de l'entrevue. Malgré cet ordonnancement, la structure est demeurée flexible. En effet, l'ordre des questions pouvait varier selon les thèmes qui émergeaient en cours d'entrevue avec les participantes (Fortin & Gagnon, 2016; Gavard-Perret & Aubert, 2018). À la suite des entrevues-pilotes, les questions six et sept ont été ajoutées afin d'approfondir le sujet abordé, car ces thèmes ne semblaient pas émerger suffisamment avec la structure initiale du guide d'entrevue.

**Déroulement de la collecte de données.** Entre novembre et décembre 2018, la première période de recrutement a eu lieu, sans toutefois générer de participantes correspondant aux critères d'inclusion, comme décrite plus tôt. La totalité des

participantes est issue de la deuxième période de recrutement, soit celle réalisée en février 2019.

Lors du premier contact entre l'étudiante-chercheuse et la participante, un lieu d'entrevue était déterminé à la convenance de cette dernière. Dans un but de commodité, l'étudiante-chercheuse offrait de se rendre au lieu et au moment déterminé par la participante ( $n = 7$ ). Cependant, considérant que le recrutement visait l'ensemble de la province du Québec, des entrevues en visioconférence de type Skype ont aussi été réalisées ( $n = 8$ ) pour limiter les déplacements longs et coûteux. Toutes les entrevues se sont déroulées en dehors du lieu de travail et dans un lieu exempt de distractions potentielles (Gavard-Perret & Aubert, 2018). Cette ambiance a permis de respecter la confidentialité des échanges et d'obtenir la meilleure qualité possible d'informations durant l'entrevue.

Le court questionnaire sociodémographique était rempli par l'étudiante-chercheuse sous forme d'échange nécessitant de 5 à 10 minutes. Cette discussion a permis d'assurer la qualité des données sociodémographiques lorsque des précisions étaient nécessaires, en plus d'installer la dynamique d'échange. S'en est suivi l'entrevue, menée par l'étudiante-chercheuse, d'une durée 45 à 60 minutes, qui a été enregistrée sur bande audioélectronique. À la fin de l'entrevue, les participantes ont été remerciées. Enfin, immédiatement après, l'étudiante-chercheuse prenait des notes dans un journal de bord pour colliger les impressions émergentes perçues durant l'entrevue.

### **Analyse des données**

L'analyse des données qualitatives consiste principalement à identifier les thématiques qui émergent. Selon Sandelowski (1995a), le processus d'analyse débute dès le commencement de la collecte et se poursuit tout au long de la transcription et de l'interprétation des données. Il est donc difficile de dissocier l'analyse de la collecte des données (Sandelowski, 1995a). Puisque ce processus est non linéaire (Sandelowski, 1995a), l'étudiante-chercheuse a effectué un aller-retour constant entre la collecte des données et l'analyse assurant une vigilance en ce qui a trait à l'émergence et la redondance des thèmes (Francis et al., 2010; Sandelowski, 1995b). Une fois la collecte complétée, l'étudiante-chercheuse a organisé et représenté les thèmes et sous-thèmes afin de voir le phénomène sous un nouvel angle (Sandelowski, 1995a). Cette étape spécifique de l'analyse permet de transposer les données en phrases thématiques, en langage d'intervention ou en langage d'implantation. Une telle transposition assure que les acteurs du domaine visé, en l'occurrence les sciences infirmières, puissent utiliser les informations (Sandelowski & Leeman, 2012).

#### **Plan d'analyse des données**

Comme l'indique Sandelowski (1995a), les données ont d'abord été préparées. Dans la situation présente, les verbatims ont été retranscrits textuellement en document Word en retirant les informations permettant d'identifier la participante (p. ex., nom de la participante ou de ses collègues, lieu d'exercice). La retranscription a été effectuée en partie par l'étudiante-chercheuse ( $n = 9$ ) alors que les autres entrevues ( $n = 6$ ) ont été

faites par une tierce partie qualifiée suite la signature d'un engagement de confidentialité (Appendice M) et l'approbation du CER (Appendice N). Chaque document d'entrevue contenait entre huit et 25 pages de verbatims (moyenne = 15,3 pages). Même s'il est impossible de rendre le non verbal et les non-dits des participantes par cette forme de transformation des données (Sandelowski, 1995a), cette méthode permet tout de même de garder l'essentiel du message. En effet, la conduite des entrevues puis l'écoute répétée des enregistrements durant leur transcription en verbatim ont permis à l'étudiante-chercheuse de souligner des phrases clés qui ont ultérieurement été représentées en éléments significatifs de l'analyse (Sandelowski, 1995a).

L'étape suivante consistait à segmenter les données recueillies pour les présenter/représenter et les organiser/réorganiser (Sandelowski, 1995a). Cette tâche, effectuée grâce au logiciel NVivo version 20.4.1, comportait des allers-retours constants entre l'écoute, la transcription et la lecture des entrevues. Selon Sandelowski (1995a), le chercheur sépare les éléments émergents les plus fréquemment abordés par les participantes en fonction de certains à priori ou en se basant sur les données elles-mêmes. C'est ainsi que les éléments de signification ont initialement été décomposés en les attribuant aux thèmes et sous-thèmes du cadre de référence du CC3N (2015, 2016) (Appendice O).

L'interprétation des données effectuée en cours de transcription et d'organisation des données, ont, à ce point-ci du processus, permis à l'étudiante-chercheuse de faire

émerger un sens global (Sandelowski, 1995a). Grâce à la lecture à répétition de chacune des entrevues, les pensées émergentes sont juxtaposées aux idées émanant de la littérature pour faire place à de nouvelles réflexions. C'est ainsi qu'à partir des thèmes et sous-thèmes empruntés au cadre de référence, de nouveaux ont émergé. Quoique l'étudiante-chercheuse interprète les données, cette nouveauté demeure fidèle aux données originales issues du vécu des participantes (Sandelowski, 1995a) puisqu'elle émane de leurs verbatims. Ce processus a été effectué et validé par la directrice et co-directrice du présent projet, permettant d'éviter les erreurs d'interprétation. Une représentation de l'évolution de l'analyse des verbatims est disponible à l'Appendice O. C'est ainsi qu'il est permis d'offrir un nouvel angle de compréhension sur le sujet d'intérêt. Les résultats sont présentés au chapitre suivant.

### **Critères de rigueur et de scientificité**

Les critères de rigueur et de scientificité propres à la recherche qualitative visent à assurer une représentation véridique de l'expérience et de la voix des participantes (Bradshaw et al., 2017). Selon Sandelowski (1986), ces critères sont la crédibilité, l'authenticité, la critique et la transférabilité des résultats. Cette section s'attardera à la description de ces concepts et des stratégies choisies par l'étudiante-chercheuse pour assurer cette rigueur.

### **Crédibilité**

La crédibilité des résultats est atteinte lorsque ceux-ci sont reconnaissables par les lecteurs et les experts puisqu'ils décrivent vraiment le phénomène d'intérêt (Larivière & Corbière, 2014; Sandelowski, 1986). Afin d'y parvenir, comme première stratégie, une grille d'analyse des résultats a été élaborée avant de débiter les entrevues (Bradshaw et al., 2017). Reposant sur le cadre de référence retenu, soit le *National standards for critical care nurse education* (CC3N, 2015), cette grille assure la cohérence avec la conceptualisation de l'exercice du LC des IND aux USI. La seconde stratégie utilisée a été le développement d'une relation de confiance. La compassion et l'empathie envers les participantes créent un contexte favorable aux échanges d'informations (Bradshaw et al., 2017). Le questionnaire sociodémographique rempli sous forme d'échange en début de rencontre a permis à l'étudiante-chercheuse d'établir les bases de la relation de confiance. Son expérience dans l'accompagnement des IND en centre hospitalier et aux USI a aussi contribué au développement de la relation nécessaire aux confidences. Enfin, sachant qu'elle pourrait valider la transcription des verbatims (Bradshaw et al., 2017) afin de s'assurer que ses propos soient rapportés adéquatement et, qu'au besoin, elle pourrait les préciser, la participante était plus encline à s'ouvrir.

### **Authenticité**

Les résultats d'une étude qualitative sont authentiques s'ils correspondent bien à l'expérience décrite par chacune des participantes (Larivière & Corbière, 2014; Sandelowski, 1986). C'est avec cet objectif en tête qu'un journal de bord permettant

d'inscrire les réflexions pendant le processus de collecte des données a été tenu et que les données ont été consignées (Bradshaw et al., 2017). La description sociodémographique des participantes a aussi permis de mettre en contexte les résultats obtenus puisqu'elle ajoute de la précision à la description des données (Bradshaw et al., 2017). La vérification de l'encodage des verbatims par un tiers, soit la directrice et la co-directrice de ce projet, limite les erreurs d'interprétation et d'analyse (Bradshaw et al., 2017), ce qui permet d'en assurer la régularité lors du processus. À la présentation des résultats, des citations directes de participantes sont incluses dans le but de représenter les données non biaisées par le chercheur (Bradshaw et al., 2017). Enfin, l'échantillon offre une triangulation spatiale des données, puisqu'il est composé de participantes provenant de différents milieux (neuf établissements de soins à travers le Québec) et de différents contextes (spécialités d'USI différentes) (Denzin, 1988). Ces sources multiples de données ajoutent à la richesse des résultats et des conclusions puisqu'elle contribue à éliminer l'influence du contexte d'exercice (Streubert & Carpenter, 2011).

### **Critique**

Le chercheur doit constamment faire preuve de critique face aux données qu'il analyse s'il veut produire des résultats exempts de biais (Sandelowski, 1986). La planification de la procédure de recherche avant de débiter un projet empêche de s'en remettre aux événements rencontrés ou à l'intuition du chercheur (Bradshaw et al., 2017). Dans l'éventualité où des changements doivent être apportés à la procédure, chacun d'entre eux doit être expliqué et justifié. C'est grâce à la mise en place avant, pendant et

après les entrevues des stratégies pour assurer la scientificité (p. ex., l'utilisation d'un cadre de référence lié aux sciences infirmières, la validation de l'analyse et codification des verbatims, l'utilisation d'un journal de bord) que l'étudiante-chercheuse a pu limiter l'influence des biais anticipés.

### **Transférabilité**

La transférabilité des résultats de recherche concerne ce qui peut être appliqué à des situations similaires (Sandelowski, 1986). À la fin de chacune des entrevues, l'étudiante-chercheuse a complété un journal de bord afin d'y inscrire ses impressions, questionnements et réflexions ce qui contribue à voir émerger une tendance ou des contradictions sur les thèmes abordés (Bradshaw et al., 2017; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014) et d'être à l'affût de la redondance (Francis et al., 2010). De plus, la description détaillée du processus de recherche requise pour la rédaction d'un mémoire facilite la reproductibilité du projet de recherche (Bradshaw et al., 2017). Enfin, l'inclusion de verbatims dans les résultats soutient la richesse de ceux-ci et sert à appuyer les conclusions émises (Bradshaw et al., 2017).

### **Considérations éthiques**

La certification éthique permettant de procéder à un projet de recherche auprès d'êtres humains a été obtenue auprès du CER de l'UQO (Appendice P et Q). Ce dernier a été avisé des changements de méthode de recrutement et les a acceptés (Appendice F).

## **Consentement**

Le formulaire de consentement (Appendice R) a été lu, expliqué et signé lors de la rencontre avant de procéder à l'entrevue. Si une entrevue virtuelle était prévue, le formulaire était envoyé à l'avance par courriel. Les précisions, la signature et le retour du formulaire signé avaient lieu en début de rencontre, suite aux explications fournies par l'étudiante-chercheuse. En tout temps, la participante pouvait obtenir réponse à ses questions et révoquer son consentement.

## **Confidentialité et anonymat**

Chacune des participantes s'est vue attribuer un numéro d'identification unique et les informations permettant d'identifier le lieu où la participante exerce ont été retirées, permettant ainsi de dépersonnaliser les informations recueillies, et ce, dès le premier contact. Un espace prévu à cette fin a été intégré au questionnaire sociodémographique (Appendice J) ainsi qu'au journal de bord. Ce numéro unique a permis de mener à terme le projet sans compromettre l'analyse des données ou la confidentialité des propos tenus par les participantes (Fortin & Gagnon, 2016). Il a aussi servi à rapporter et organiser les verbatims dans le chapitre des résultats. Seule l'étudiante-chercheuse a accès aux données brutes qui sont conservées sur un disque dur sécurisé par un mot de passe et entreposé dans un coffre-fort. Les documents papier ont été déchiquetés après avoir été numérisés et les données numériques seront détruites par formatage du disque dur cinq ans à partir de l'émission de la lettre de fermeture du dossier au CER.

### **Principaux risques et bénéfices**

L'atteinte d'un équilibre entre les avantages et les inconvénients de prendre part à une étude doit être établie et bien justifiée (Fortin & Gagnon, 2016). Le fait de procéder à une introspection sur la problématique d'intérêt peut entraîner plusieurs questionnements ou inconforts (Larivière & Corbière, 2014). Dans l'éventualité où la participante aimerait poursuivre ses réflexions ou nécessiterait un soutien psychologique ou émotionnel supplémentaire, il est prévu de la référer au programme d'aide aux employés de son établissement.

La participante pourrait tirer satisfaction de sa participation à un projet de recherche sentant qu'elle pourrait contribuer à d'aider possiblement des gens vivant une situation semblable. Outre ces principaux bénéfices, le devis sélectionné offre l'occasion aux participantes de décrire une situation qui n'aurait peut-être pas trouvé écho dans un autre contexte de recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

### **Retombées attendues**

Cette recherche qualitative descriptive selon l'interprétation de Sandelowski (2010) offre un nouveau regard sur la période d'intégration des IND aux USI. C'est une occasion pour les participantes d'ouvrir un nouveau dialogue et de participer au développement des connaissances sur une situation qui semble problématique en raison de son impact sur ces jeunes professionnelles, ainsi que la santé et sécurité des usagers. Grâce au cadre de référence du CC3N (2015), il sera permis de relier les comportements

attendus à la perception de l'expérience du LC des IND aux USI en plus des facilitateurs et des barrières à l'exercice de ce rôle qui semble encore inexploré au Québec. Ces résultats peuvent permettre aux gestionnaires et décideurs de mieux comprendre ce qui facilite ou limite l'exercice du rôle de LC des IND lorsqu'elles exercent aux USI. Le prochain chapitre des résultats explore la perception de cette expérience telle que vécue par les participantes.

## **Résultats**

Le présent chapitre décrit les résultats de l'analyse des entrevues semi-dirigées effectuées auprès de 15 participantes. L'analyse est réalisée à partir du cadre de référence du CC3N (2015), soit le *National standards for critical care nurse education*. La description des résultats repose sur les fondements de la recherche qualitative descriptive selon Sandelowski (2000, 2010) afin de répondre à la question de recherche : comment les IND décrivent-elles l'exercice de leur LC aux USI?

Tout d'abord, les données sociodémographiques des participantes sont présentées. S'ensuit la description des thèmes et sous-thèmes, décrivant la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI. Ceci permet de répondre aux objectifs de recherche qui sont : (1) de décrire la perception de l'exercice du LC selon l'expérience des IND lorsqu'elles exercent aux USI dès le début de leur exercice professionnel, (2) de décrire les facilitateurs qui leur ont permis d'exercer ce LC et (3) de décrire les barrières qui les ont limitées dans ce rôle.

### **Profil sociodémographique des participantes**

Quinze IND ont participé au présent projet de recherche. Le Tableau 2 présente un résumé de leurs informations sociodémographiques.

Tableau 2

*Profil sociodémographique des participantes ( $n = 15$ ).*

Caractéristiques des participantes	Valeurs
<b>Genre</b>	
Homme	1 (7 %)
Femme	14 (93 %)
<b>Âge</b>	
Moyenne	26,7 ans
Médiane	25 ans
25e percentile	24 ans
75e percentile	28 ans
<b>Formation</b>	
Collégiale	1 (7 %)
DEC-Bac	3 (20 %)
Bac initial	10 (66 %)
Maîtrise initiale	1 (7 %)
<b>Type d'établissement</b>	
CISSS	3 (20 %)
CIUSSS	12 (80 %)
<b>Jours de travail (au moment de l'entrevue) depuis l'obtention du diplôme</b>	
Moyenne	201,2 jours
Médiane	171 jours
25e percentile	128,5 jours
75e percentile	298 jours

Les participantes sont en majorité des femmes (93 %,  $\eta = 14/15$ ) qui ont entre 21 et 38 ans (moyenne = 26,7 ans). La plupart possèdent (80 %,  $\eta = 12/15$ ) ou terminent (14%,  $\eta = 2/15$ ) une formation universitaire. Elles travaillent toujours sur l'unité où elles ont débuté leur exercice, sauf pour l'une des participantes qui vient tout juste de changer d'établissement (depuis trois jours), mais qui exerce encore aux USI. La majorité (80 %,  $\eta = 12/15$ ) exerce auprès d'une clientèle adulte, aux USI d'un centre hospitalier universitaire (CIUSSS : 80 %,  $\eta = 12/15$ ). Au total, les participantes proviennent de neuf régions administratives du Québec différentes (52 %,  $\eta = 9/17$ ), dont près de la moitié (47 %,  $\eta = 7/15$ ) de la région de Montréal.

### **Résultats des entrevues**

Les résultats ont été divisés en trois grands thèmes basés sur les objectifs et sous-objectifs du projet de recherche, soit : (1) de décrire la perception de l'exercice du LC selon l'expérience des IND lorsqu'elles exercent aux USI dès le début de leur exercice professionnel, (2) de décrire les facilitateurs qui leur ont permis d'exercer ce LC et (3) de décrire les barrières qui les ont limitées dans ce rôle. Chaque verbatim a été codifié à partir des thèmes et sous-thèmes du cadre de référence du CC3N (2016) où chacun de ces éléments était défini. La Figure 2 présente les principaux résultats. Ces thèmes et sous-thèmes sont détaillés dans les sections subséquentes.

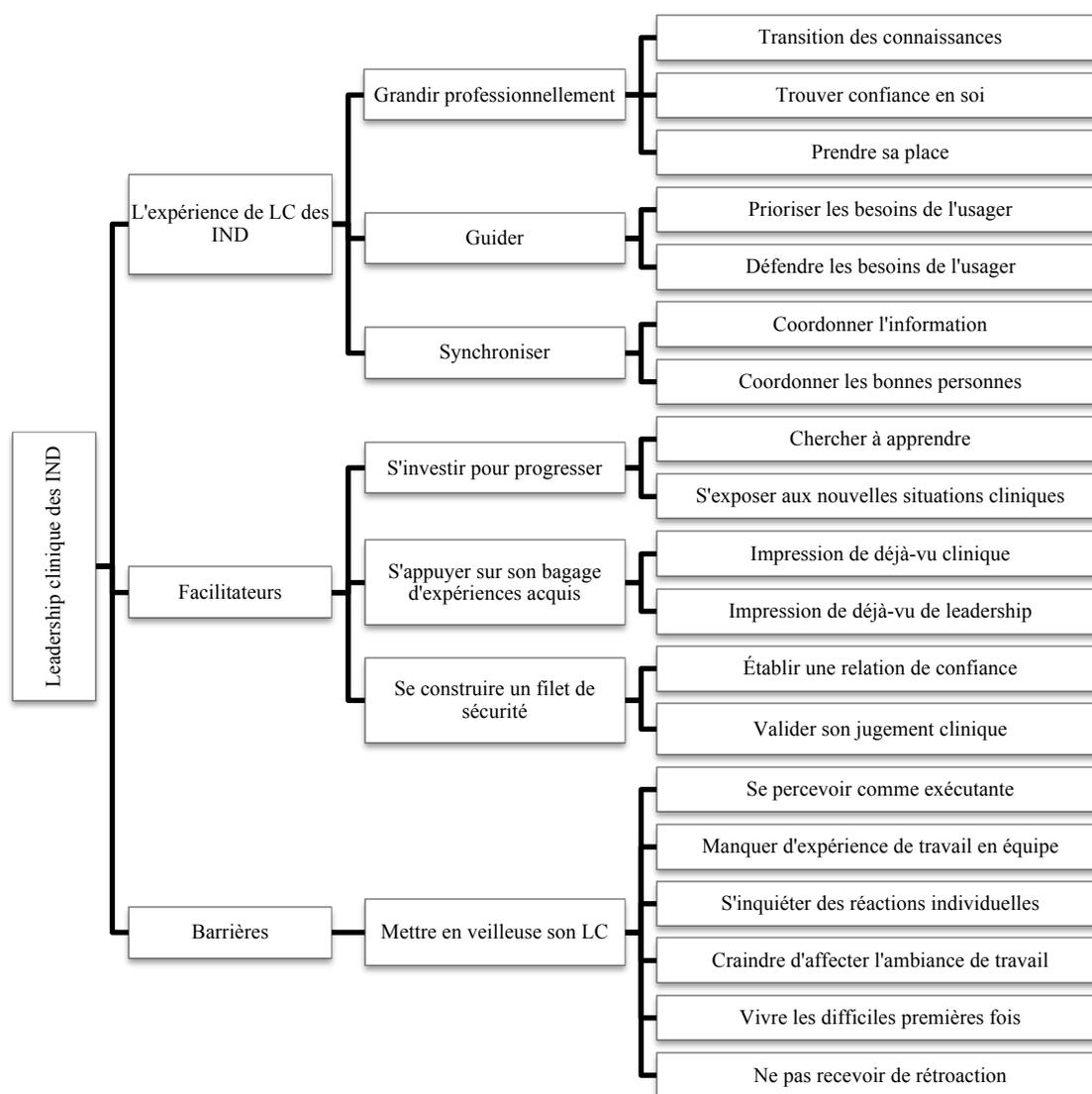


Figure 2. Thèmes et sous-thèmes de l'expérience de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI.

### L'expérience de l'exercice du leadership clinique des IND exerçant aux USI

Les IND ont été invitées à décrire leur rôle de LC et les actions entreprises pour y parvenir. Afin de faire émerger ces thèmes et sous-thèmes, comme recommandé par

Sandelowski (1995a), les premières étapes de codage étaient basées sur les thèmes du cadre de référence du CC3N (2015, 2016). Puis, suivant le cheminement d'analyse et afin de demeurer fidèle aux propos des participantes, les thèmes et sous-thèmes du cadre de référence ont été transformés (sous-thèmes 2 et 3 : Travailler avec les autres et Gestion des services) et d'autres ont émergé (sous-thème 1). C'est ainsi que leurs réponses ont été regroupées selon les actions suivantes, soit : (1) grandir professionnellement, (2) guider et (3) synchroniser. Les paragraphes ci-dessous décrivent ces comportements selon l'expérience des IND.

**Grandir professionnellement.** Selon les participantes, avant d'exercer leur rôle de LC, elles se doivent de grandir professionnellement. Ceci fait référence au processus d'apprentissage nécessaire pour passer de la position d'étudiante à celle d'IS. Afin d'endosser ce rôle, les IND auront à (1) effectuer une transition des connaissances, (2) trouver confiance en soi et (3) prendre leur place. Ces sous-thèmes sont définis dans les sections suivantes.

**Transition des connaissances.** Ce processus de transition semble nécessaire puisque les IND doivent faire progressivement l'apprentissage du rôle d'IS qui leur apparaît différent de celui qu'elles occupaient en tant qu'étudiantes. Dès leur arrivée aux USI, les participantes ressentent qu'elles doivent performer rapidement afin de répondre aux attentes du milieu du travail. C'est pourquoi elles se centrent d'abord sur l'acquisition

des connaissances techniques pouvant leur permettre de répondre à la cadence des activités de soins :

J'étais plus [centré] au niveau technique [...]. Ça faisait beaucoup à apprendre d'un coup. Aux soins intensifs, faut être efficace! Il fallait que j'apprenne rapidement là-dessus, pour qu'après cela, je puisse vraiment évoluer sur d'autres choses comme le leadership. (P11)

C'est accompagné de ce stress que les participantes tentent de répondre aux attentes sans faire d'erreur. Le développement des habiletés techniques leur permet de prendre, peu à peu, de l'assurance :

Quand j'ai été orientée, je me souviendrai toujours de ma première journée où j'ai manqué vomir sur mes feuilles, tellement j'étais stressée (rire). J'essayais juste de survivre, de faire mes petites choses et de terminer ma journée. [...] On essaie d'arriver à la fin de ton *shift* sans avoir fait d'incident ou de conséquence. Au début je faisais ma petite besogne puis tout ça. Et plus les journées avançaient, plus les semaines avançaient, plus j'ai pris de l'assurance aussi. (P4)

Selon leurs dires, elles n'ont pas forcément acquis les habiletés techniques requises avant de débiter leur exercice professionnel. Les IND semblent devoir vivre une transition des connaissances techniques en habiletés techniques si elles veulent se sentir plus confiantes pour intervenir dans les situations de soins rencontrées aux USI.

***Trouver confiance en soi.*** C'est à partir de connaissances cliniques et techniques plus solides que les participantes prennent confiance en elles. En effet, les IND qui maîtrisent des connaissances spécifiques aux USI semblent avoir le sentiment de pouvoir répondre elles-mêmes aux demandes plutôt que de se fier aux conseils des collègues :

Moi, je trouve que c'est un mélange des connaissances cliniques qu'on a, mais c'est aussi une confiance aussi qu'on a de nos connaissances, pour pas non plus tout le temps se baser sur ce que les autres disent ou ce que les médecins disent. (P13)

Cette aisance semble être un préalable pour s'impliquer et influencer les décisions, les interventions ou encore, pour mener à terme une situation de soins rencontrée aux USI :

Quand je me suis sentie à l'aise, puis je me suis sentie prête, on dirait que c'est là que j'ai mis plus mes pieds à terre. Tu sais, que j'ai défendu mes patients, que j'ai offert mon aide, que j'ai dit : « ah, ben regarde, moi telle technique, je la connais bien, est-ce que tu veux que je t'aide avec ça, ou je vais aller le faire. [...] Plus ça avançait, plus j'avais confiance en moi, plus j'étais capable de mener un terme, une situation. (P4)

L'aisance encourage aussi les IND à mieux justifier leurs décisions et les interventions, ce qui leur confère une certaine crédibilité au sein de l'équipe soignante.

Fortes de cet atout, elles se perçoivent comme des agentes de changement :

[Mes connaissances m'ont] aidée à améliorer ma capacité à justifier mes interventions auprès de mes pairs de façon à obtenir ma crédibilité nécessaire pour engendrer un changement. (P3)

C'est grâce aux expériences quotidiennes aux USI que les participantes disent pouvoir solidifier leurs connaissances et en acquérir de nouvelles favorables au développement de la confiance en soi. En parvenant à mieux justifier leur évaluation d'une situation, les IND peuvent suggérer des interventions et ainsi influencer les décisions :

Mon expérience, [puis] la confiance vient avec l'expérience. Je trouve que quand tu sais, quand tu comprends ce que tu fais, [et] que tu es capable de *backer* cela

avec tes expériences, à ce moment-là tu prends plus de confiance, tu peux plus suggérer. (P10)

Ainsi, les connaissances et la confiance en soi permettraient aux IND de participer aux décisions en plus de faciliter leur implication dans les soins aux USI. L'expérience et une meilleure maîtrise des compétences, qu'elles soient techniques ou spécifiques aux USI, peuvent aider à les développer. Par la suite, les participantes disent être parvenues à influencer et à engendrer des changements en s'impliquant davantage dans les décisions et en suggérant des interventions. Cependant, elles précisent que leur influence était tributaire de leur capacité à prendre leur place au sein de l'équipe.

***Prendre sa place.*** Pour les participantes, le rôle de l'IS va bien au-delà de la prestation de soins. Elles décrivent comment arriver à prendre leur place au sein de l'équipe soignante leur a permis de s'impliquer davantage tout en conservant l'utilisateur au centre de leurs préoccupations. Une telle implication aide les IND à influencer les décisions et à proposer les changements qu'elles jugent bénéfiques :

Prodiguer des soins, un peu n'importe qui peut faire ça. Mais d'être capable d'analyser la situation dans toute sa complexité puis de proposer des pistes de changements, de s'associer les parents [...]. Je peux faire tout simplement ce qui est prescrit ou je peux chercher à aller plus loin et à proposer des pistes de changements. (P3)

Le travail d'équipe est très important pour les IND des USI. Elles reconnaissent d'ailleurs qu'elles sont responsables d'y prendre leur place si elles veulent contribuer au bien-être de l'utilisateur :

C'est vraiment le travail d'équipe puis la place que tu décides de prendre dans cette équipe-là. Parce que tu peux faire bien tes soins [...] puis tu vas finir ta journée, après avoir fait ce que tu avais à faire, mais pour le bien du patient, puis de l'équipe, je pense qu'il faut que tu prennes une certaine place comme tu le veux, dans ce que tu es bien. (P14)

En prenant leur place, les IND sentent qu'elles doivent graduellement diriger les interventions nécessaires au rétablissement de l'utilisateur sous leur responsabilité :

Je commence à [...] prendre [ma place], parce qu'avant j'étais un petit peu en arrière, à suivre puis à écouter tout le monde, mais tranquillement pas vite, je peux commencer un peu à prendre le *lead*. Mais, que c'est sûr que c'est difficile, parce que tout le monde est meilleur que moi. Mais quand c'est mon patient à moi, ben je me dis : là, il faut que je le prenne, faut que je prenne le leadership, faut que je me dise : OK *let's go*, telle, telle, telle, telle affaire, telle intervention. (P2)

Globalement les participantes perçoivent que les IS, particulièrement celles des USI, doivent exercer un LC. En effet, travailler quotidiennement avec des usagers avec un état de santé précaire et travailler avec différents professionnels de l'équipe soignante nécessite de prendre activement sa place afin d'influencer les décisions :

Aux soins intensifs, le leadership a vraiment une très, très grande place versus les autres unités de soins. Je trouve que les soins intensifs, vu que c'est des soins qui sont critiques et que les résidents sont présents, les inhalothérapeutes, tous les professionnels sont là sur le terrain, tout le temps, bien on doit quand même faire rapidement notre place, dire notre mot. C'est à ce moment-là qu'on est capable de faire une influence beaucoup. (P11)

Pour parvenir à influencer les décisions, les participantes précisent l'importance de prendre leur place graduellement. La transition doit respecter à la fois les collègues et les limites personnelles de l'IND :

Je pense que c'est de prendre ta place dans l'équipe avec laquelle tu travailles, mais prendre ta place de la bonne façon. Faire de façon respectueuse et avec tes collègues, puis je vais dire humble, je ne sais pas si c'est le bon mot, mais sans prétention, ne pas penser que tu connais tout, puis [aussi] être à l'écoute des conseils de tes autres collègues. [...] Prendre ta place dans l'équipe, mais de façon graduelle. (P14)

Les IND ont la volonté d'exercer un LC qui outrepassse la prise de décisions cliniques touchant l'utilisateur. Elles veulent aider leur équipe, s'impliquer dans cette dynamique :

Mais il faut vouloir [...] pour exercer du leadership, [il] faut quand même avoir un certain, pas un entregent, mais une volonté de vouloir aider ton équipe. Si tu rentres travailler juste pour faire ton shift puis après ça, t'en aller, je vais te dire, tu ne seras pas un leader à proprement parler. (P6)

Les IND grandissent donc professionnellement en consolidant leurs connaissances et en prenant confiance en soi. Conséquemment, elles réussissent à s'impliquer et à tenter d'influencer les décisions. Tout en prenant graduellement leur place au sein de l'équipe soignante, elles assurent le rétablissement de l'utilisateur et contribuent aux résultats bénéfiques. Les IND exercent leur LC afin de guider les décisions tout en priorisant et en défendant les besoins de l'utilisateur.

**Guider.** Les IND considèrent que le rôle de l'IS est essentiel étant donné leur présence 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Alors, elles sont les mieux placées pour diriger les soins en cohérence avec le but et les objectifs visés pour les usagers. Cette présence constante et cette proximité leur confèrent une connaissance approfondie de l'utilisateur. Les participantes croient d'ailleurs qu'il est de leur responsabilité de guider les

décisions et les interventions afin de (1) prioriser les besoins de l'utilisateur et de (2) défendre les besoins de l'utilisateur.

***Prioriser les besoins de l'utilisateur.*** De manière générale, les participantes indiquent vouloir s'assurer que les interventions répondent avant tout aux besoins de l'utilisateur. C'est muni de cette connaissance approfondie de l'utilisateur que les IND parviennent à verbaliser leur désaccord ou leur opinion et prennent part aux décisions visant à prioriser ses besoins :

Cela devrait toujours être la base des soins. On devrait toujours faire de quoi pour améliorer la condition du patient, et non pas lui nuire. Je pense que c'est vraiment ce qui doit conduire toutes les actions. Et si on n'est pas d'accord avec un des soins qu'un des autres professionnels de l'équipe propose, bien je pense que c'est aussi notre devoir de dire et d'expliquer pourquoi. [...] Cela devrait toujours être la base des soins. (P13)

Les IND s'assurent que les interventions respectent le rétablissement de l'utilisateur, les traitements médicaux et les préoccupations de la famille. C'est dans l'intérêt de l'utilisateur qu'elles se retrouvent constamment impliquées dans la résolution de problèmes :

J'étais dans le fond à l'écoute, autant du désir du médecin de diminuer la médication, autant de l'inquiétude du sentiment de la mère à l'égard de ce traitement-là, puis de la réaction de mon bébé. En mettant ces trois informations ensemble, ç'a été d'envisager une solution qui allait être [...] bien pour tous les gens dans le fond, autant pour le bébé [que] pour la mère. (P3)

Les IND s'engagent à répondre en tout temps et de façon prioritaire aux besoins de l'utilisateur. Et, c'est grâce à leur persévérance et leur volonté qu'elles arrivent à influencer

les décisions et les interventions cliniques. Parfois, elles doivent utiliser ces atouts pour se porter à la défense de l'utilisateur.

***Défendre les besoins de l'utilisateur.*** Normalement, les participantes priorisent les besoins de l'utilisateur puisque, aux USI, ce dernier se trouve dans un contexte de vulnérabilité. En fait, elles le placent au cœur de leurs décisions et assurent une vigie de ses besoins, surtout lorsque leur sécurité et/ou leurs volontés sont en jeu. Dans un tel contexte, les participantes disent persévérer dans leurs demandes afin de prévenir la détérioration de la situation. Pour y arriver, elles utilisent parfois un allié plus expérimenté qui peut valider la légitimité de la demande tout en conservant l'intérêt de l'utilisateur à l'avant-plan :

J'avais une intuition, bien, en fait, j'ai analysé les données. Puis j'aurais pu me contenter de juste lui donner des soins puis attendre que le matin arrive, mais j'ai pris l'ensemble des données, je les ai analysées puis j'ai essayé de consulter des gens. Puis, je veux dire... J'ai persisté dans ma voie [...] J'ai quand même avisé une personne avec plus d'expérience, l'assistante-infirmière-chef, de venir analyser la situation avec moi. Elle était bien d'accord avec ma position, mais je pense que j'ai été progressivement, en respectant autant la hiérarchie, en respectant mes collègues, mais en mettant à l'avant-plan les intérêts de mon patient. (P3)

Malgré les avis contraires, les IND maintiennent leur position lorsqu'elles s'inquiètent de l'état de l'utilisateur. Dans les faits, elles tentent de solutionner les situations qu'elles jugent potentiellement critiques :

Même si les [collègues] me disent : « Ah! Non, n'appelle pas le médecin pour ça », ben je vais l'appeler. Parce que moi je dis que oui. Faque des fois je pousse un peu plus. Je veux dire, à date, ce n'est jamais arrivé que j'appelle pour rien. Mais je veux dire, crime que je fais bien de me fier à moi des fois. Parce qu'il y a

même des fois tout le monde me dit : « non, appelle le pas », puis je l'ai fait pareil. Puis le médecin de dire : « une chance que tu m'as appelé ». (P2)

Attribuant une grande importance au rôle de l'IS, par sa proximité et sa présence, les IND tentent de guider leurs décisions et leurs interventions vers un seul but : s'arrimer avec les besoins de l'utilisateur. Pour ce faire, elles le placent au centre des décisions et, au besoin, elles défendent ses intérêts. De plus, elles doivent exercer leur LC auprès de l'équipe soignante afin d'arriver à synchroniser les efforts de tous vers l'objectif ultime : stabiliser et/ou rétablir l'état de l'utilisateur.

**Synchroniser.** Pour les participantes, il est important de synchroniser les efforts des membres de l'équipe soignante. Les soins de l'utilisateur doivent être organisés et délégués selon les priorités établies. C'est grâce à leur LC que les IND parviennent à (1) coordonner l'information et à (2) coordonner les bonnes personnes de l'équipe afin que l'utilisateur puisse se rétablir.

**Coordonner l'information.** Les participantes se perçoivent comme étant le pivot entre l'utilisateur, sa famille et l'équipe soignante. C'est-à-dire qu'elles s'assurent que les informations arrivent aux personnes concernées au moment opportun. Malgré tout, le but initial des IND demeure de répondre adéquatement aux besoins de l'utilisateur :

Beaucoup de continuité de soins, donc de s'assurer de transmettre les informations aux autres infirmières [si les] contacts sont difficiles ou faciles, ou des besoins spécifiques de la famille, mais de s'assurer que ce n'est pas perdu d'une infirmière à l'autre. (P1)

Par la communication avec les membres de l'équipe soignante, les IND réussissent à impliquer leurs collègues dans la défense des intérêts de l'utilisateur :

Le rôle central que l'infirmière va occuper ne serait-ce que dans la communication avec les divers intervenants [...] dans la constante préoccupation de défendre les intérêts de son patient et des usagers. (P3)

Après avoir communiqué les besoins de l'utilisateur aux membres de l'équipe, les IND doivent aussi coordonner les interventions en fonction des compétences de chacun.

*Coordonner les bonnes personnes.* Les participantes estiment avoir un rôle primordial à jouer dans la coordination des interventions puisqu'elles connaissent mieux les besoins de l'utilisateur. Elles s'engagent donc à répondre aux besoins de l'utilisateur en coordonnant les soins et les communications entre les différents intervenants gravitant autour de lui :

Je pense que l'infirmière est comme bien placée, dans le sens où elle a la possibilité d'avoir une vue quand même très globale de ce qui se passe avec le patient. Donc, vu qu'on a cette information-là, c'est à nous de mettre en branle ce qui a besoin d'être fait et d'aller vers les gens qui peuvent faire ce que nous on ne peut pas faire. [...] Mais vu que nous, on a justement ces yeux-là, il est important de les utiliser. [...] mettre en lien des gens donc [...] de s'assurer que les bonnes personnes arrivent au chevet, ou que ça soit un besoin d'information de la famille et que seulement le médecin peut donner, donc s'assurer qu'il est au courant que la famille l'attend. (P1)

Ainsi, les IND tentent de répondre aux besoins de l'utilisateur en offrant, ou en s'assurant qu'un membre de l'équipe offre les soins les mieux adaptés.

À ce point-ci, il apparaît que les IND décrivent l'exercice de leur rôle de LC tel un processus. Il s'amorce par une croissance professionnelle puis progresse vers la capacité à guider et à synchroniser les soins de l'utilisateur. Animées par la confiance grandissante en leurs compétences et en leur jugement, elles parviennent à défendre et à justifier adéquatement leurs opinions auprès de leurs collègues. Ces nouvelles ressources leur confèrent davantage de crédibilité. Graduellement, elles se forgent une identité d'IS et prennent conscience de la portée de leur rôle au sein de l'équipe soit, d'intégrer la perspective de l'utilisateur. Elles s'engagent donc dans la réalisation d'activités de soins visant le bien être de l'utilisateur, ce qui témoigne de leur LC. Dès lors, elles réussissent à influencer les décisions et les interventions en plus de démontrer leur engagement envers l'utilisateur. Le tout réalisé en priorisant et en défendant les besoins de ce dernier. C'est avec cette motivation en tête que les IND guident l'équipe soignante à travers les priorités identifiées. Pour ce faire, elles s'assurent de synchroniser les membres de l'équipe en communiquant les informations et en coordonnant les soins offerts à l'utilisateur.

Au fil des analyses, il est apparu que le contexte dans lequel exercent les participantes influence le rôle de LC que peuvent jouer les IND. De ce fait découle l'idée que différents éléments peuvent influencer positivement ou négativement la façon dont les IND exerceront leur rôle de LC. Ces facilitateurs et ces barrières seront abordés dans les sections subséquentes.

## **Facilitateurs**

Les participantes ont décrit des actions et des caractéristiques personnelles qui leur ont facilité l'exercice de leur LC aux USI, soit : (1) s'investir pour progresser, (2) s'appuyer sur son bagage d'expérience acquis, et (3) se construire un filet de sécurité. C'est grâce à ces actions que les IND peuvent exercer et mettre à profit leur LC au bénéfice des usagers. Chacun de ces thèmes ainsi que leurs sous-thèmes seront décrits dans les prochaines sections.

**S'investir pour progresser.** Comme énoncé plus tôt, chacune des participantes a décrit l'importance de s'impliquer dans leurs apprentissages pour assurer le progrès de leurs compétences de LC. Cet investissement est nécessaire pour garantir la transition des connaissances vers l'exercice du rôle de LC. Les actions qu'elles ont jugées facilitantes sont de (1) chercher à apprendre et de (2) s'exposer aux nouvelles situations cliniques.

**Chercher à apprendre.** Toutes les participantes ont affirmé qu'elles cherchent à en apprendre le plus possible puisqu'elles réalisent que leur formation initiale ne répond pas aux attentes de leurs milieux d'exercice :

J'avais l'impression d'avoir un bagage énorme en sortant de l'école, puis quand je suis arrivée sur le milieu, on oublie ça. [...] Tu as un vrai patient, t'as une famille, tu as deux patients, trois patients des fois, c'est des choses qu'on n'apprend pas à gérer à l'école. [...] J'ai l'impression à l'école que l'on vit dans un autre monde de licorne (rire), que tout est rose, tout est merveilleux et tout est facile à appliquer. Mais définitivement que sur le milieu de travail, ce n'est pas ça. (P4)

Elles demeurent réalistes face au parcours qu'il leur reste à franchir pour réussir à maîtriser un peu plus leur rôle d'IS. Alors, elles cherchent à combler les lacunes. Afin d'y arriver, elles tentent de trouver des réponses en ayant recours aux moyens mis à leur disposition :

Je veux dire, le plus souvent possible, dès qu'on a un instant, on essaie de rouvrir les livres, de relire toutes nos situations. (P2)

En cherchant à comprendre une situation, elles s'interrogent sur les façons de faire au quotidien. Elles sont à la quête d'informations pouvant améliorer et uniformiser leurs soins, tout en s'assurant qu'ils reposent sur des pratiques exemplaires. Parfois, cette recherche de cohérence confronte le statu quo établi au sein de l'équipe soignante :

Donc, quand j'ai une minute de libre [...] j'ai de la misère à être assise. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. [...] Pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon. (P3)

Sommairement, les IND doivent parfaire leurs connaissances si elles veulent endosser leur rôle d'IS. Des informations valides et pertinentes sont requises pour offrir des soins de qualité ainsi que pour justifier adéquatement les interventions et décisions. C'est en voulant améliorer leur compréhension des soins et de leur rôle que les IND en viennent à remettre en question les gestes quotidiens et parfois même le statu quo. Par cette recherche de cohérence, elles exercent leur LC.

*S'exposer aux nouvelles situations cliniques.* Une autre stratégie utilisée par les IND pour s'investir dans leur progression est l'exposition à de nouvelles situations cliniques. Elles offrent d'aider lors de situations de soins inconnues ou d'observer des interventions peu fréquentes. Cette implication partielle leur permet d'améliorer leurs connaissances spécifiques aux USI dès qu'elles ont du temps de libre :

En général, j'essaie d'aller voir ce qui se passe autour de moi quand j'ai le temps. Aller voir ce qui se passe. Comme ça, j'ai le temps de me sensibiliser aux situations de ce genre. [...] Quand je n'ai rien à faire, j'en profite pour aller aider, m'exposer à plus de situations possibles sans que ça soit mon patient à moi, sans que c'est moi qui en a la charge. (P15)

Parfois, l'exposition peut être provoquée par les personnes responsables de l'intégration de l'IND. Ces personnes peuvent jouer un grand rôle quant à la fréquence d'exposition aux situations de soins et de LC. En plus d'offrir des situations d'apprentissage, ces personnes s'assurent de réduire les risques en les accompagnant durant ce processus :

Elle me poussait dans des situations, c'est là que j'ai [assisté le médecin lors de la pose d'une] voie jugulaire [pour la première fois] toute seule. Elle était à l'entrée de la chambre puis me dire : « je te laisse tout faire, je suis là, mais je te laisse tout faire ». Donc c'est là que petit à petit j'ai été comme initié à ce leadership-là. (P4)

Cette recherche d'exposition à des situations cliniques spécifiques aux USI est essentielle puisque parfois les IND n'ont eu qu'un bref contact avec cette spécialité durant leur formation initiale. Les collègues de travail peuvent aussi contribuer en les intégrant rapidement dans de nouvelles activités de soins tout en leur offrant le soutien nécessaire.

Initialement, les IND tentent de répondre aux attentes du milieu en s'exposant le plus possible aux situations de soins. L'exposition leur permet d'en apprendre le plus possible sur les spécificités des USI. De plus, cet investissement dans les apprentissages assouvit leur désir de trouver une cohérence dans les activités quotidiennes de soins. De surcroît, ceci promeut la compréhension et l'exécution adéquate des soins ainsi que l'acquisition d'un bagage d'expérience favorable à l'exercice du LC.

**S'appuyer sur son bagage d'expériences acquis.** La plupart des participantes ont discuté de l'importance d'appuyer l'exercice de leur rôle de LC sur un bagage de connaissances solide. Elles ressentent qu'elles ont besoin de comprendre et de reconnaître les situations de soins si elles veulent faire preuve de LC en tant qu'IS. C'est grâce à (1) l'impression de déjà-vu clinique et (2) l'impression de déjà-vu de leadership que les IND peuvent plus facilement retrouver les repères leur permettant d'exercer leur LC.

*Impression de déjà-vu clinique.* Selon les participantes, l'exposition à différentes situations ou à des situations récurrentes de soins d'USI contribue au développement du rôle de LC. Manifestement, la reconnaissance de similitudes entre les situations antérieures et présentes donne lieu à des associations qui les outillent dans la prise en charge de l'usager :

Si je pense juste à ma première DRS, que j'étais pourrie! J'étais allée voir mon assistante puis je lui ai dit : « mon Dieu, qu'est-ce que je fais...? », puis après ça, c'est moi qui gérais mes DRS toute seule. Puis de fil en aiguille, on dirait qu'on progresse puis qu'on se sent plus à l'aise pour prendre en charge une situation beaucoup plus complexe. (P4)

En fait, les participantes décrivent comment elles transposent des interventions jugées adéquates par le passé à des situations actuelles similaires. C'est en se développant suffisamment de repères que les IND peuvent anticiper puis reproduire les interventions qui pourraient être efficaces dans une situation précise :

À un moment donné, je vois ça un peu comme tu as accumulé une quantité d'expériences assez variées et répétées dans certains cas, que tu dis : bon, ben là, s'il arrive, x, y, z, ou pas mal n'importe quoi, je me sens que j'ai assez de repères pour gérer ça, généralement c'est ça que je peux faire. [...] Des fois, il y a des choses qui, éventuellement, se transposent d'un patient à l'autre. (P1)

Les soins offerts aux USI sont particulièrement difficiles à saisir pour une IND qui n'y a pas été exposée auparavant. L'expérimentation dans des situations spécifiques (p. ex., stage en soins critiques), contribue à l'évolution graduelle de la confiance en soi et des capacités à intervenir. Conséquemment, l'IND prend sa place au sein de l'équipe soignante afin d'y exercer son LC :

Parce que c'est sûr qu'il y a des choses avec lesquelles je me sens plus à l'aise ou non, ça dépendant des stages que j'ai faits. Aux soins [...], il y a trop de choses qu'on ne sait pas. Mais, tu sais, c'est sûr que c'est en pratiquant puis avec l'expérience, que je peux vraiment acquérir mon leadership à 100 %, puis d'essayer de prendre ma place. (P12)

L'identification de similitudes rassure les IND et les guides dans la sélection des interventions à entreprendre pour corriger une situation. Armées de ces informations, elles peuvent exercer leur LC en suggérant ou influençant les soins et interventions :

Au fil des expériences que j'ai vues, quand j'ai eu plus de cas cliniques, là, à ce moment-là, dans des cas similaires, j'étais plus en mesure de suggérer [au médecin], selon ce que j'ai déjà vu, selon mes connaissances, ce que je trouverais mieux pour le patient. (P10)

L'exposition au milieu de soins où l'IND exercera suite à leur formation initiale, notamment par des stages, stimule aussi l'impression de déjà-vu clinique. Elle permet de se familiariser avec le lieu de travail et son fonctionnement avant même d'y débiter comme professionnelle. Un autre avantage non négligeable est la possibilité, de tisser des liens avec les futures collègues, voire même entamer une relation de confiance :

J'ai fait mon stage aux soins intensifs avant d'être engagée là. [...] J'avais déjà vu des médecins aussi qui m'ont reconnue, ça aussi, ça peut avoir aidé. [...] certainement, cela a aidé. Juste savoir comment ça se passe dans cette unité-là, c'est déjà un gros plus. Les [collègues] se sentent moins déstabilisés, puis c'est très important la stabilité. (P4)

L'impression de déjà-vu associée aux situations cliniques génère une confiance en soi qui permet à aux IND d'anticiper des interventions. Elles peuvent aussi utiliser cette impression pour influencer les décisions de l'équipe en suggérant des interventions qui se sont avérées favorables et efficaces par le passé. Une telle confiance peut aussi être acquise dans des situations où l'IND a déjà fait preuve de leadership en dehors de son rôle d'IS.

***Impression de déjà-vu de leadership.*** Comme décrit à la section précédente, l'exposition génère un bagage spécifique de connaissances. Or, les participantes ont aussi associé cette impression de déjà-vu en lien avec des situations de leadership exercé en dehors des sphères des USI. Ces compétences, bien qu'acquises dans un contexte différent, peuvent tout de même contribuer à forger l'identité de leader chez les futures IND :

J'ai fait beaucoup de sports étant plus jeune. Donc, j'ai tout le temps eu l'esprit de [leader] comme dans un sport, quand même, tu es un leader sans devoir être un

capitaine. Donc, je pense que c'est ça qui a un peu formé ma personnalité, c'est venu un peu de là. (P5)

Les caractéristiques personnelles de leader énoncées par les participantes peuvent également être transposées en contexte professionnel. Alors, les IND ayant appris à identifier leurs forces et leurs limites par le biais d'expériences personnelles peuvent les utiliser pour savoir quand demander de l'aide :

J'ai toujours eu un peu ce leadership-là en moi, parce que j'ai fait quand même sept années de cadets, dans les cadets de l'air, parce que c'est quelque chose qu'on développe énormément le leadership. [...] Puis je te dirais, dans le fond, ces sept années-là de cadet aussi, m'ont appris beaucoup à connaître mes limites. Puis, oui, je suis capable de dire : bon je suis capable de faire ça, je vais de l'avant, mais je suis capable aussi de reconnaître quand moi je ne me sens plus bien. Je ne me sens plus à l'aise, ça m'a permis peut-être d'avoir une petite longueur d'avance [au travail], à savoir, je me connais moi dans ma limite. Dans des situations où je me sens dépassée, rapidement, je le mentionne puis j'ai une aide quand même assez rapidement. (P4)

L'impression de déjà-vu de leadership aide les IND à reconnaître leurs limites et leurs forces, en plus de contribuer au développement de leurs compétences de leadership. Outillées de la sorte, elles transposent cette connaissance aux situations cliniques qu'elles rencontrent en exerçant le rôle d'IS aux USI.

Le bagage de connaissances cliniques spécifiques aux USI ainsi que les expériences d'exercice du leadership créent une impression de déjà-vu. Lorsque combinés ensemble, ils offrent une base d'actions ayant le potentiel d'influencer efficacement certaines situations de soins. En étant mieux équipées pour anticiper les gestes à poser, les IND prennent davantage de confiance en elle et en leurs capacités. Conséquemment, elles

tentent d'influencer les décisions visant la stabilisation et le rétablissement de l'état de l'utilisateur en suggérant des interventions. Le leadership exercé avant d'être IND aide à identifier leurs forces et limites ainsi que leurs compétences de leader. En transposant ces qualités personnelles à leur nouvelle identité professionnelle d'IS, elles contribuent encore au développement de leur confiance en elle. Mais, puisque la transition vers ce nouveau rôle est remplie de défis, les IND des USI cherchent à se construire un filet de sécurité.

**Se construire un filet de sécurité.** De façon générale, les participantes associent leurs débuts aux USI à une période remplie d'insécurité et de stress. Devant l'importance des changements, les IND cherchent à se construire un filet de sécurité facilitant la transition vers le rôle de professionnelle. Ce filet est constitué de gens de confiance vers qui elles peuvent se tourner lorsqu'elles ne trouvent pas réponse à leurs questions. Ces personnes sont utiles pour valider un doute ou encore pour servir d'allié au moment de faire valoir leur opinion auprès des autres membres de l'équipe soignante. En d'autres mots, ce filet aide les IND à faire face aux défis du rôle d'IS en lui offrant du soutien. Les actions requises pour construire ce filet de sécurité sont (1) d'établir une relation de confiance et (2) de valider son jugement clinique.

***Établir une relation de confiance.*** L'arrivée des IND aux USI requiert une certaine adaptation et de l'ouverture de la part de l'équipe soignante. Afin d'établir une relation de confiance, les participantes disent avoir dû démontrer leurs capacités en offrant de l'aide à leurs nouveaux collègues dans une variété de situations. Centrées initialement

sur les apprentissages techniques et procéduraux, les IND parviennent à exercer leur LC à mesure que se solidifie le lien de confiance avec l'équipe :

Au départ, puisque je n'avais pas vraiment la tête au leadership clinique, bien j'en profitais pour aller apporter de l'aide aux infirmières pour qu'elles puissent développer un lien de confiance avec moi. [...] Puis après deux mois, j'ai réussi à sortir un peu cette zone-là pour ensuite plus discuter, avoir le temps et prendre le temps de discuter plus du leadership. [...] J'avais plus confiance en moi, et aussi mon équipe démontrait beaucoup d'ouverture. [...] Parce que comme nouvelle infirmière, c'est difficile dans les premières semaines. (P11)

C'est à travers ces échanges que les IND apprennent à connaître leurs collègues et développent la relation de confiance essentielle au travail en équipe. L'épanouissement de ce lien porte les collègues à considérer de plus en plus les idées et propositions des IND.

Cette confiance favorise également l'établissement d'une communication :

Aux soins intensifs, on a quand même des patients à notre charge qui ont des problèmes complexes. Quand mon infirmière s'en va en pause, il faut qu'elle me fasse confiance. J'ai quand même son patient qui est intubé entre les mains. Je trouve cela hyper important. Souvent le lien de confiance va amener plus de communication. Quand il y a des collègues [envers qui] je fais moins confiance, bien je communique moins bien avec eux. (P11)

Bien que la relation de confiance s'établisse plus lentement pour certaines, elle demeure un incontournable de la quête d'un soutien des collègues au quotidien :

J'imagine en tous cas que quand tu es nouveau et que tu arrives, les gens ne te feront pas confiance d'emblée, ils apprennent à te connaître. [...] Mais plus on travaillait ensemble, plus on a vu une évolution aussi dans mes capacités, puis que ma confiance en moi a peut-être transposée chez cette personne-là. [...] D'avoir de bons liens de confiance avec tes collègues aussi c'est vraiment important. [...] Je ne me cherche pas d'amis, mais je me cherche des collègues sur qui je peux m'appuyer puis avoir confiance. (P4)

Les IND qui offrent d'aider les membres de l'équipe favorisent leur exposition à une variété de situations de soins et, du même coup, elles contribuent à établir une relation de confiance avec leurs collègues. Cette relation, qui constitue l'assise d'un soutien mutuel et d'une meilleure communication, assure la sécurité de l'utilisateur et apaise les IND. Elle lui donne l'impression d'avoir un filet de sécurité favorable à l'exercice de leurs rôles de LC en tant que d'IS. Mais, avant de tenter d'influencer les décisions des membres de l'équipe soignante, les IND doivent avoir la possibilité de valider leur jugement clinique.

***Valider son jugement clinique.*** Un des besoins principaux exprimés par les IND est de ressentir qu'elles peuvent consulter leurs collègues lorsqu'elles ont une question. L'appui de l'équipe soignante assure un contexte propice pour valider leurs doutes et faire des liens entre différents éléments :

Mettons, je vois qu'il m'a prescrit de l'héparine, mais je n'ai pas compris, en faisant ma révision de dossier, pour quelle raison, bien je suis moins gênée d'aller poser la question : « OK, vous voulez qu'on parte de l'héparine, mais pourquoi? » La majorité du temps, ça ne leur dérange pas d'expliquer. Cela me permet de comprendre : OK, ça fait du sens. (P13)

Au-delà du soutien à la formation offert aux IND, les discussions informelles permettent la consolidation de leurs connaissances et encouragent la poursuite de leurs démarches d'apprentissage. De plus, des discussions de cas entre collègues permettent de valider leur jugement clinique. Outillées de la sorte, elles ont le sentiment de pouvoir affronter les situations de soins du quotidien, même les plus complexes :

Si je suis moins familière avec des cas cliniques auxquelles je fais face, ben je vais voir mes collègues, mes collègues me suggèrent, pis à ce moment-là, on discute

avec le résident [...] Ça fait quand même un an que je suis là, j'ai eu pas mal de grosses situations quand j'en discutais avec [mes collègues], ils ont dit : « ah, ben non, c'était correct ce que t'as fait, ça fait totalement du sens. » [...] Je n'ai peut-être pas nécessairement tout vu, donc j'essaie de voir avec les autres, parce qu'au bout du compte c'est moi qui fais l'intervention. (P10)

Les IND font des liens entre leurs apprentissages et les situations cliniques qu'elles rencontrent afin de trouver réponse à leurs questions. C'est ainsi qu'elles remettent en cause certaines décisions. Les collègues deviennent alors la source d'information sur laquelle s'appuyer pour valider ou justifier le tout :

Moi je les vois dans le sens que [mes collègues] ont plus d'expérience que moi, tu sais. Donc quand j'ai des questions, je ne suis pas gênée d'aller leur poser [...] Je vais le prendre en considération puis je vais y réfléchir avec mes connaissances à moi puis mon expérience, mais tu sais, je vais avoir plus tendance à me fier à ce que mes collègues, qui ont le plus d'expérience, vont me dire que... dans le sens qu'elles en ont vu d'autres, là. [...] Sans oublier mon propre jugement, parce que [...] ce sont mes patients. [Si] j'ai encore des questionnements, je ne suis pas gênée de poser des questions puis de me référer à mes collègues : « ah, toi, ferais-tu ça? Tu l'appellerais-tu? Qu'est-ce que tu ferais? ». (P8)

Le contexte rassurant que procure la possibilité de valider leur jugement clinique et leurs doutes permet aux IND de progresser et de consolider leurs connaissances. Ce filet de sécurité l'habilite à s'enquérir des justifications derrière une décision et à remettre en question le statu quo, et alors d'exercer leur LC.

La présence de facilitateurs, tels que s'investir pour progresser, s'appuyer sur son bagage d'expériences acquis et se construire un filet de sécurité, aide les IND à exercer leur LC aux USI. En intégrant de nouvelles connaissances, elles consolident leurs compétences. De plus, elles développent leur confiance grâce au filet de sécurité qu'elles

ont construit. Dès lors, les IND peuvent tenter d'influencer les décisions portant sur la qualité et la sécurité des soins offerts à l'utilisateur, leur principale motivation. Cependant, certains comportements peuvent limiter l'exercice de leur LC aux USI, c'est ce qui est décrit dans les prochaines sections.

### **Barrières**

Malgré les actions et certaines caractéristiques personnelles qui favorisent l'exercice du LC, les IND disent parfois agir en fonction de perceptions et de croyances acquises sur le travail d'équipe avant d'exercer comme IND. Possédant peu d'expérience sur ce processus, elles ne savent pas comment intervenir avec leurs collègues. Elles concèdent donc devoir mettre leur LC en veilleuse. Cette barrière ainsi que les sous-thèmes, issus de caractéristiques personnelles, sont décrits dans les paragraphes suivants.

**Mettre en veilleuse son LC.** Voulant s'adapter progressivement au rôle d'IS et au travail en équipe aux USI, les participantes décrivent comment elles mettent volontairement leur LC en veilleuse. Ce sont leurs perceptions, leurs incompréhensions ou leurs expériences antérieures qui engendrent cette décision consciente, notamment le fait de : (1) se percevoir comme exécutante, (2) manquer d'expérience de travail en équipe, (3) s'inquiéter des réactions individuelles, (4) craindre d'affecter l'ambiance de travail, (5) vivre les difficiles premières fois, et (6) ne pas recevoir de rétroaction. La description de chacune de ces sources de mise en veilleuse du LC s'ensuit.

*Se percevoir comme exécutante.* Au début de leur exercice professionnel aux USI, les IND croient que les décisions sont prises presque en totalité par le médecin et qu'elles se doivent de les exécuter. En d'autres termes, elles le voient comme ayant le pouvoir décisionnel et prescriptif :

Aux soins intensifs [...], on est tellement dans le traitement, c'est très médical. On donne de la médication puis tout ça. [...] Les médecins ont leur plan de traitement, c'est très précis, on exécute les soins puis tout ça. (P8)

Par ailleurs, le manque d'interactions directes avec les médecins durant la formation, n'est sûrement pas étranger à cette croyance :

On dirait que l'infirmière, de ce que j'ai vu avant, on ne travaillait pas tant avec les médecins. Dans mes stages, dans mes externats, on parlait souvent à l'assistante, puis c'est l'assistante qui parlait au médecin. (P10)

Malheureusement, l'attitude de certains médecins renforce cette perception et va parfois même jusqu'à rendre les IND mal à l'aise :

C'est sûr qu'il y a des médecins qui vont t'approcher avec une attitude de : « je te dis quoi faire » puis je trouve que c'est un peu délicat dans le sens où souvent ils sont prescripteurs, puis nous on administre... Mais dans ce sens-là, il y a comme une illusion de hiérarchie. (P1)

Il semble que la notoriété et le pouvoir prescriptif associé au rôle médical incitent donc plusieurs IND à suivre les directives sans émettre leur opinion :

La notoriété, l'autorité du fait que c'est eux [les médecins] qui *call* les *shots*. Ces eux qui [décident] les traitements, les médicaments, les ci, les ça, c'est eux qui nous le disent, même si on l'anticipe ben avant. [...] Je me disais : je suis qui moi, une petite infirmière qui commence [pour dire quelque chose]. (P14)

Au contraire, elles remettent plutôt en question leur propre jugement et deviennent hésitantes face à une situation clinique :

T'as l'air de l'infirmière qui ne connaît pas [ses affaires]. J'amène une inquiétude, mais dans le fond, c'est une inquiétude qui n'est pas fondée parce qu'il y a déjà des traitements en cours, puis c'est juste que moi qui ne le vois pas. [...] Je mets des doutes, je me remets tout le temps en question. [...] Il y a peut-être des choses que je ne sais pas. (P10)

Avec le temps, l'expérience et la confiance en soi, cette barrière s'estompe progressivement puisque les IND comprennent qu'elles ont la possibilité d'influencer. Puis, une fois à l'aise, elles sentent qu'elles ont le devoir de s'engager dans ce rôle :

Au début, c'était plus « OK, ils ont demandé ça, je vais le faire », mais maintenant, c'est plus : « OK. Ils ont demandé ça, pour quelle raison? Qu'est-ce qui dans la situation clinique fait que faudrait agir de telle façon ». Cela permet de faire plus de liens et de comprendre plus la logique dans leur plan d'action. [...] C'est graduellement, je me suis rendu compte qu'on est capable nous-mêmes, même s'il le demande, de voir si c'est une bonne idée ou pas, puis de leur dire à ce moment. (P13)

Le manque de confiance semble s'estomper graduellement grâce aux invitations répétées à donner leur avis sur les situations de soins rencontrées. Ceci pousse les IND à s'impliquer davantage dans la prise de décisions :

Puis c'est arrivé à plusieurs reprises que les résidents, ils me demandent : « t'en penses quoi? qu'est-ce que tu ferais? » je leur propose des choses, et disent : « Oh! C'est bon! » Mais non, quand j'ai commencé à ce moment-là, je n'avais pas la confiance en moi. (P14)

Au fil du temps, une collégialité s'installe entre les IND et leurs collègues, ce qui les aide à se sentir suffisamment en confiance pour exprimer leur point de vue face à une situation :

Finally, I realized that the residents were my age and that they knew almost the same thing as I did. I trusted them with that and I tried to show more leadership. Now, I sit with them, I defend my point after six months. (P11)

Lorsque les IND se perçoivent comme des exécutantes, elles attribuent l'ensemble du pouvoir décisionnel au médecin. Elles se restreignent donc dans leur volonté d'influencer les décisions médicales. Les participantes associent cette réticence initiale à exercer leur rôle de LC à un manque de confiance en soi et à une incompréhension de la possibilité de s'impliquer dans le processus décisionnel. Graduellement, elles comprennent leur rôle dans l'équipe soignante. Cependant, leur manque d'expérience face au travail en équipe semble limiter cette implication.

***Manquer d'expérience de travail en équipe.*** Les IND sont conscientes qu'elles ne peuvent offrir des soins de qualité toutes seules aux USI. Or, malgré les relations parfois compliquées avec certaines collègues, elles veulent pouvoir compter sur elles lorsqu'elles rencontrent des situations complexes :

I find that 99% of the work, the team work, the team spirit. It's necessary to get along well with everyone, but I find that just being able to work with colleagues, together, especially in intensive care. I mean, you can't work alone, as soon as it starts to get messy, you need your colleagues. (P6)

Regrettablement, le travail en équipe n'est abordé que de façon théorique au cours de la formation initiale des IND. De plus, cette même notion ne semble pas nécessairement mise de l'avant durant les stages :

À l'école [...] oui, on apprend à avoir un leadership, mettons, avec un patient, mais pas nécessairement avec notre équipe de travail, ou avec les médecins ou qui que ce soit. [...] Je ne savais pas nécessairement justement comment m'y prendre pour faire preuve de leadership [...] parce que tu te fais une idée à l'école, mais sur le terrain, ce n'est pas nécessairement si facile, je pense. (P12)

Le rôle des autres membres de l'équipe soignante semble flou pour les participantes. Sachant qu'elles doivent déléguer et prioriser les soins pour faire preuve de LC, elles ont tout d'abord besoin de clarifier qui peut faire quoi et départager ce qu'elles peuvent leur confier :

Au départ, je ne savais pas trop quoi déléguer. Mais, il y a vraiment des choses que j'hésitais à déléguer versus d'autres. Il y a des éléments que moi je dois être plus présente [...] comme infirmière responsable, qu'est-ce que je devrais voir en priorité. (P11)

Certaines IND craignent la réaction de leurs collègues lorsqu'elles délèguent un soin. En vérité, elles appréhendent la façon dont la demande sera perçue :

Au début j'avais de la difficulté à déléguer parce que j'avais peur que les gens considèrent que c'est un ordre. (P11)

Cette crainte pousse certaines d'entre elles à travailler seules, évitant ainsi de se confronter à la réaction des autres :

Mettons, il y a une tâche, je n'ai pas le temps, ça pourrait être fait par une [collègue], par la préposée. Je n'irai pas les voir, je n'irai pas les chercher, je vais le faire. [...] j'ai peur qu'elles se sentent comme bouche-trou. (P7)

Même si parfois les relations avec les collègues sont plus ardues, les IND accordent une très grande valeur au travail d'équipe. Elles reconnaissent la contribution de l'équipe dans la gestion des besoins d'un usager aux USI. Cependant, pour déléguer et coordonner des soins ou encore demander de l'aide, les IND doivent connaître le rôle de chacun. Toute incompréhension peut les freiner dans l'expression de leur rôle de LC. De plus, une majorité de participantes s'inquiète des réactions individuelles au moment d'émettre une suggestion ou de faire une demande.

***S'inquiéter des réactions individuelles.*** Comme décrit précédemment, les IND connaissent moins bien le rôle des membres de l'équipe soignante. Cette méconnaissance engendre la peur d'importuner et d'être jugée par les collègues ou encore, de se faire expédier lors d'un questionnaire. Les IND ont l'impression que leurs interrogations peuvent être anodines ou répétitives, elles n'osent donc pas les partager :

Ce n'est pas tant que je voulais m'arrêter, mais c'est que je n'osais pas déranger le senior de cardio. Étant donné qu'il couvre quand même pas mal tout l'hôpital à ce moment-là, la nuit. (P13)

Les expériences personnelles ou rapportées créant cette impression d'importuner suscitent chez les IND la crainte d'aviser le médecin. S'ajoute à cela, l'anticipation que ce dernier soit désagréable lorsqu'elles communiqueront leurs inquiétudes :

C'est des trucs que j'entendais : qu'ils ne sont pas tous sympathiques, qu'on les dérange la nuit. (P13)

Une crainte semblable serait présente lors des communications avec les membres de l'équipe soignante. Dans ce cas, elles appréhendent de se faire rabrouer lorsqu'elles veulent, par exemple, soulever une incohérence ou des améliorations, même si aucun changement n'est suggéré :

Parce que tu sais, l'équipe est souvent réfractaire aux changements, surtout les plus vieilles nurses. C'est plus difficile, si tu essaies d'amener quelque chose de nouveau, là tu vas te faire virer de bord assez vite. [...] Puis tu sais, quant à brimer le climat de travail, je ne veux pas non plus... Sans que ce soit une mauvaise pratique, ce n'est pas la meilleure. (P6)

Dans un contexte où les IND redoutent d'émettre des commentaires, des suggestions ou des questionnements, il devient difficile d'exercer un LC. La crainte de déranger ou de se faire rabrouer, qu'elle soit réelle ou anticipée, empêche les IND d'influencer certaines décisions. Voulant éviter la confrontation et se protéger, elles mettent leur LC en veilleuse afin d'assurer la stabilité de l'ambiance de travail.

***Craindre d'affecter l'ambiance de travail.*** Dans le but d'éviter de briser la relation de confiance qui existe entre elles et l'équipe de soins, les IND disent vouloir ou devoir patienter avant de donner leur opinion sur certaines situations qu'elles jugent incohérentes :

Quand on commence, je pense qu'on ne connaît tellement rien. On ne peut rien dire. (P15)

Moi, j'étais jumelée avec cette infirmière-là et j'étais encore en jumelage, donc je ne pouvais pas faire, de façon autonome, mes interventions. J'étais sous la charge de cette infirmière-là, j'étais obligée de ne pas y aller. J'avais donc de la difficulté à dire mon mot parce que c'est une personne qui a beaucoup de caractère. (P11)

Au lieu de confronter leurs collègues plus expérimentées, les participantes retiennent leurs élans par crainte d'être jugées ou de causer un conflit :

J'évite [le conflit], parce qu'elles sont plus âgées que moi, elles ont plus d'expérience que moi. J'avais peur de leur réaction, puis de [me faire] dire : « ben, t'es qui la petite qui me dit quoi faire ». (P14)

Plusieurs IND disent vouloir préserver l'ambiance de travail en agissant ainsi puisqu'elles craignent de ne pas recevoir l'aide nécessaire lors d'un moment critique :

Je n'avais pas tant confiance en moi au début, donc je voulais vraiment que tout le monde m'aide et je ne voulais pas en plus être en conflit avec quelqu'un. (P14)

Les IND estiment donc que tenter d'influencer ou d'exercer leur LC tôt dans leur intégration peut être mal perçu et mal accueilli par l'équipe soignante :

Que souvent, ceux que je vois, mais surtout les CEPI d'universités... elles arrivent gonflées à bloc, elles donnent leur point de vue, puis essaient d'être proactives, prennent le temps, signalent les choses. Puis après un certain temps, on dirait que cette flamme-là s'éteint parce qu'elles se sont fait rabrouer par des infirmières d'expérience qui sont réticentes aux changements. [...] Un moment donné ces filles-là, ben ils s'éteignent parce qu'ils veulent maintenir leur lien avec leurs collègues parce que si jamais y font ça, ben, y viennent qu'à vivre une forme d'isolement. (P3)

Les IND portent une certaine admiration pour leurs collègues qui possèdent plus d'expérience et elles veulent être acceptées au sein de l'équipe soignante. Elles vont alors lâcher prise face aux situations qu'elles jugent incohérentes lorsqu'elles perçoivent un manque d'ouverture :

Si je voyais qu'il y avait l'opportunité d'être en conflit, ben je laissais aller... Puis *anyway* je me dis : pourquoi mettre de l'énergie sur ça, quand [...] j'ai tant de trucs à apprendre d'elle. [...] Mais, je sais que ça ne me sert à rien de mettre de

l'énergie à essayer de lui faire valoir ça, quand elle, elle nous dit qu'elle n'est pas d'accord avec ça puis tout le kit quoi. (P14)

En fait, les IND n'exercent pas leur LC ou tentent de trouver des alternatives pour arriver à une solution qu'elles jugent acceptable :

Donc, la fois d'après que j'ai eu connaissance qu'un patient avait cette médication-là, c'était la même assistante qui était là [...] je ne l'ai pas laissé tomber [l'utilisateur], mais j'ai gardé ça pour moi. J'ai fait attention, j'ai dit juste à mes collègues [de faire attention], j'ai laissé faire toutes les démarches en me disant que c'était vain, que ça ne servait à rien. (P3)

Par évitement ou dans le but de se protéger, les IND mettent en veilleuse leur LC lorsqu'elles jugent que cela permet de préserver l'ambiance d'équipe et l'entraide. Elles s'assurent ainsi que l'aide requise sera accessible au moment d'effectuer un soin pour la première fois ou lorsqu'elles auront à gérer une situation critique encore jamais rencontrée. Ces stratégies offrent donc des options pour faire face aux difficiles premières fois qui rendent les IND anxieuses.

***Vivre les difficiles premières fois.*** Pour les IND, il est difficile d'exercer leur leadership dans une situation qu'elles n'ont jamais vécue, qu'elles comprennent peu ou qu'elles ne maîtrisent pas. Elles disent alors figer ou se sentir submergées devant une nouvelle situation clinique critique. Lors de ces premières fois, elles ne savent tout simplement pas par où commencer :

C'était ma première expérience. J'étais très jeune je pense que je venais juste de finir mon orientation, j'étais rendue toute seule. On était la nuit, donc on était beaucoup moins de *staff*. Et notre équipe était très jeune aussi. [...] Personne, personne n'a eu le rôle de leadership. Même moi, dans ma tête, je me disais : OK!

C'est ton patient, faut que tu prennes le dessus. Mais vu que je ne savais vraiment pas quoi faire, j'étais comme, je n'ose pas. Donc il n'y a personne qui prit le leadership, ça a été très chaotique. [Dans les faits], je savais quoi faire parce que j'avais lu le document parce que je savais [que l'utilisateur] s'en venait, mais je ne savais pas dans quel ordre le commencer. [...] il y avait plein de choses [à faire] en même temps puis je n'étais pas capable de m'organiser pour faire les tâches que j'avais à faire. (P5)

Ayant à cœur le bien-être de l'utilisateur, elles veulent être capables d'intervenir sans délai et assurer des soins sécuritaires. Lorsqu'elles font face à une situation jamais vécue, un stress important les submerge puisqu'elles se sentent impuissantes alors qu'elles doivent intervenir rapidement :

Dans une situation de même, là ça paraît que je n'ai pas d'expérience, je ne sais pas quoi faire. [...] Il y a toujours une première fois. Ce sont les premières qui sont difficiles. Parce que les premières fois tu ne peux pas prendre le lead, parce que tu ne sais juste pas quoi faire. [...] On se fait dire souvent : « ah, tu es stressée », mais oui je suis stressée! parce que je veux dire, c'est la première fois que je vois ça, ça me stresse. C'est mon patient! Je ne veux pas que mon patient décède devant moi. (P2)

Parfois figées ou submergées par un événement critique soudain, les IND vivent un stress important lié à leur incapacité à gérer la situation. Manquant d'expérience avec certains soins, elles savent qu'elles doivent demander du soutien, mais ressentent tout de même un inconfort à le demander. Il est clairement ardu pour les IND d'exercer leur LC dans des situations qu'elles ne maîtrisent pas. Une rétroaction sur leur évolution devient nécessaire si elles veulent s'améliorer, mais elle n'est pas toujours offerte.

***Ne pas recevoir de rétroaction.*** Puisqu'elles sont conscientes de leur manque d'expérience, les IND s'attendent et veulent une rétroaction face à leurs interventions. Ces

informations leur permettent de suivre leur évolution, de s'ajuster et de bâtir sur le travail réalisé adéquatement :

Comme nouvelle infirmière, j'ai besoin d'avoir une approbation et qu'on me dise que ça va bien, que je fais des soins comme il faut. J'ai besoin de me le faire dire un peu parce qu'aux soins, ce n'est pas facile de savoir non plus. Quand tu te le fais dire, c'est le fun. (P11)

L'absence de rétroaction inquiète puisque les participantes savent qu'elles sont tout de même jugées sur la qualité de leur travail :

Des fois, j'en ai besoin là, des fois on a de grosses semaines. Je veux dire c'est normal, on se trouve poche puis : ah! je n'étais pas faite pour ça... Mais c'est justement, dans ces semaines-là qui sont plus dures, que ça fait du bien des fois de se faire faire une petite tape sur l'épaule : « hey! continue, ça va bien là ». Mais non, ça n'arrive pas. [...] D'avoir un suivi précis : « bon c'est quoi les points à améliorer, c'est quoi tes points forts ». (P2)

Réalistes face à leurs capacités en début d'exercice, les IND souhaitent recevoir un maximum d'informations afin de s'ajuster plutôt que d'être confrontées à des difficultés après les faits. L'absence de rétroaction entraîne beaucoup d'insécurité, ce qui limite l'expression de leur LC.

Lorsque les IND mettent leur LC en veilleuse, elles limitent leurs possibilités d'influencer le processus décisionnel. Or, cette barrière repose sur leurs perceptions et incompréhensions. Généralement, elles se perçoivent comme étant des exécutantes possédant peu d'expérience pour le travail en équipe. Elles s'inquiètent donc des réactions de leurs collègues et craignent d'influencer l'ambiance si elles émettent leur avis alors

qu'elles anticipent avoir besoin de soutien pour faire face aux difficiles premières fois. Enfin, le manque de rétroaction les laisse dans le doute, maintenant la mise en veilleuse de leur LC, ce qui ne fait qu'ancrer les IND dans ce mécanisme de protection qu'elles ont adopté.

Ces nouvelles données seront analysées et interprétées à la lumière des écrits empiriques, dont il sera question dans le prochain chapitre. De plus, les recommandations pour la profession et les recherches futures, ainsi que les forces et les limites du projet de recherches y seront exposées.

## **Discussion**

Ce projet de recherche explore la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI. Cette démarche permet de répondre aux objectifs (1) de décrire l'exercice du LC selon l'expérience des IND lorsqu'elles exercent aux USI depuis le début de leur exercice professionnel, (2) de décrire les facilitateurs qui leur ont permis d'exercer ce LC et (3) de décrire les barrières qui les ont limitées dans ce rôle. Dans le présent chapitre, l'ensemble des résultats du présent projet (Figure 2, p. 59) font l'objet d'une réflexion approfondie à la lumière des écrits empiriques. La présentation des thèmes et sous-thèmes a donc été réorganisée afin de faire ressortir des éléments émergents. Cette nouvelle perspective présentée dans le cadre de la discussion permet d'apprécier tous les angles possibles des résultats afin d'en assurer la transférabilité à la pratique infirmière (Sandelowski, 1986; Sandelowski & Leeman, 2012). L'expérience d'exercice du LC des IND aux USI, ses facilitateurs, ses barrières et leurs significations sont interprétés, ensuite, les forces et les limites du projet sont présentées. Finalement, les retombées attendues des résultats et les recommandations sont formulées en regard aux cinq axes de la profession infirmière, soit : la recherche, la formation, la pratique clinique, la gestion et la politique.

### **L'expérience d'exercice du leadership clinique selon les IND des USI**

Le LC est décrit globalement comme étant nécessaire aux USI, selon les participantes, puisqu'il représente pour elles une fonction spécifique et essentielle du rôle de l'IS qui permet d'assurer le bien-être de l'utilisateur. Pour exercer ce rôle, elles doivent cependant avoir une image claire de ce qu'est le LC et surtout les connaissances, les habiletés et les compétences pour y arriver. À l'issue de l'analyse des verbatims, il semble émaner une perception acquise durant leurs stages de ce que devrait être une IS. C'est à partir de cette perception qu'elles tentent de reproduire ce qu'elles jugent être du LC. Démeh et Rosengren (2015) ont aussi décrit ces mêmes constats auprès d'une population d'étudiantes, précisant qu'en focalisant sur le LC de leurs collègues, elles étaient à même de mieux comprendre les attentes spécifiques liées à ce rôle.

Au terme de l'analyse, trois catégories émergent et permettent de décrire plus précisément la perception de l'exercice du LC aux USI tel que vécu par des IND. Elles décrivent leur expérience d'exercice du LC de la façon suivante : elles doivent préalablement (1) acquérir confiance en elle pour s'intégrer à l'équipe soignante, de même (2) qu'obtenir la crédibilité nécessaire pour influencer, et être portée par une motivation (3) centrée sur les besoins de l'utilisateur. Ces éléments seront abordés dans les sections suivantes. Par la suite, à la lumière des présents résultats, une relecture du cadre de référence sera présentée, soit : l'interprétation du *Clinical leadership competency framework* (NHS Leadership Academy, 2011) selon le CC3N (2015) dans le *National standards for critical care nurse education*.

### **Acquérir confiance pour s'intégrer à l'équipe soignante**

Afin de trouver leur place dans l'équipe soignante, les IND doivent passer du rôle d'étudiante, qui nécessite l'attente de l'aval de l'enseignante avant chacun de ses gestes, au rôle d'IS, qui nécessite l'autonomie dans l'exercice professionnel. Cette transition est une étape essentielle, mais complexe. Selon plusieurs auteurs, c'est généralement au cours des premiers mois d'exercice que les IND prennent conscience que leurs années d'études sont insuffisantes pour leur permettre de réagir adéquatement aux situations quotidiennement rencontrées dans leur milieu de travail (Charette, Goudreau, & Bourbonnais, 2019; Deacon et al., 2017; DeGrande et al., 2018; Duchscher, 2008, 2009; Kramer, 1974; Phaneuf, 2014; Roy & Robichaud, 2017). Cette prise de conscience sur l'écart entre la théorie et la pratique entraîne alors un « choc de la réalité » (DeGrande et al., 2018; Duchscher, 2008, 2009; Kramer, 1974; Phaneuf, 2014; Roy & Robichaud, 2017). Ce constat a aussi été soulevé par les participantes du présent projet de recherche. En effet, simultanément, elles sont submergées par la variété et la quantité d'informations à retenir, en plus des nouvelles interventions à effectuer et à maîtriser. Elles se disent alors centrées sur la tâche à accomplir afin d'éviter d'oublier des soins ou d'en laisser certains non faits. Elles désirent être minimalement capables d'effectuer les soins attendus durant leur quart de travail lorsqu'elles affirmaient devoir accomplir toutes leurs techniques de soins et d'avoir à être efficaces.

C'est à partir de ce désir d'être efficace et de performer qu'elles morcellent la mise en œuvre de leur rôle en multiples tâches à accomplir et qu'elles se démènent à les

planifier et à les prioriser adéquatement (Charette et al., 2019). Tout comme il a été mentionné par les participantes du projet de recherche, elles avaient une liste de tâches mesurables à accomplir, comme les pansements, les médicaments, les notes au dossier. Les participantes ont indiqué que de cette façon, elles peuvent évaluer concrètement leur efficacité durant leur quart de travail. Selon Goudreau et al. (2015), durant ces premiers mois d'exercice, les IND ont tendance à vouloir se sécuriser dans une routine structurée pouvant limiter du même coup leur développement et leurs apprentissages de toutes sortes. L'utilisation d'une routine stricte serait encouragée par les IS aux USI, ce qui a aussi été soulevé par les participantes (32 IS d'USI) de la recherche qualitative descriptive de Conway et McMillan (2001). Cette stratégie leur permettrait de gérer l'incertitude liée à l'instabilité des usagers (Scott et al., 2008) en plus de limiter l'impact psychologique du stress lié à l'imprévisibilité des situations rencontrées aux USI (Conway & McMillan, 2001). Les participantes ont invoqué devoir choisir d'agir en tant que leader et de prendre activement leur place dans l'équipe, ce qui leur permet de s'engager dans l'exercice de leur LC pour réussir à sortir de cette routine. Ce point de transition s'effectue lorsqu'elles prennent action sur leur rôle de LC, ce qui semble avoir été aussi rapporté par Pepin et al. (2011). En effet, ces chercheuses ont tenté d'expliquer le processus cognitif de développement du LC des IS par l'élaboration d'un cadre théorique. Elles ont déterminé, après une étude qualitative réalisée auprès de 53 infirmières possédant différents niveaux d'expérience, qu'il y aurait cinq étapes d'apprentissage du LC : (1) la prise de conscience du leadership clinique en soins infirmiers, (2) l'intégration du leadership clinique dans les actions, (3) le leadership actif auprès du patient et de sa famille et parfois avec des

collègues, (4) un leadership actif auprès de l'équipe intra ou interprofessionnelle, et (5) le leadership clinique intégré du point de vue organisationnel et au-delà. Ceci représente un moment charnière dans le développement du LC puisqu'il faudra un effort d'engagement de la part des IND pour s'investir en dehors de cette routine afin d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur LC.

Par leur volonté à s'améliorer et à être efficace, les IND sortent de leur routine et cherchent à s'exposer à des situations de soins encore jamais rencontrées. Elles posent des questions sur le fonctionnement ou les choix d'interventions, ou encore elles font des lectures plus approfondies sur un sujet moins bien maîtrisé, améliorant ainsi leurs connaissances. Lorsqu'elles s'y engagent, les IND trouvent graduellement confiance en leurs capacités, constatant qu'elles réussissent à exercer leur rôle d'IS. L'amélioration de la confiance, renforcée à chaque réussite, émerge aussi de la littérature consultée (Charette et al., 2019; Clark & Holmes, 2007; Liang, Lin, & Wu, 2018; Pepin et al., 2011). Selon les IND, une fois cette confiance acquise, elles tentent par la suite de prendre progressivement leur place dans l'équipe en exprimant leur opinion et en prenant part aux décisions, mais réalisent qu'elles ne maîtrisent pas nécessairement les compétences de communication nécessaires pour exercer leur LC. En effet, les participantes disent ressentir le besoin d'être mieux outillées pour gérer une situation potentiellement conflictuelle lors d'un désaccord afin d'être capable de s'affirmer adéquatement lors de la prise de décision.

Initialement, les IND s'impliquent dans l'équipe soignante principalement lorsqu'elles sont en désaccord avec une intervention ou une décision qui leur semble ne pas convenir à la condition de l'utilisateur. Elles se sentent parfois limitées à le faire, mais essaient tout de même de participer aux discussions dans l'intérêt de l'utilisateur, ce qui concorde avec la perception qu'elles ont de leur rôle d'IS. Ces observations sont cohérentes avec les résultats obtenus par Siebens et al. (2006). Suite à leur étude réalisée auprès de 9638 IS et sages-femmes belges, ces auteurs ont observé que l'implication des IS dans leur équipe est motivée par (1) l'accomplissement de tâches importantes et spécifiques à leur rôle d'IS, et par (2) la perception d'être compétentes. Alors, les IND s'impliquent davantage dans leur rôle de LC. C'est-à-dire qu'elles vont influencer les décisions, lorsqu'elles se sentent compétentes à le faire et en cohésion avec leur vision du rôle d'IS, surtout si ce rôle est clairement attendu et soutenu par une structure officielle.

### **Obtenir la crédibilité nécessaire pour influencer**

Selon les participantes, leur implication dans l'équipe soignante favorise la création d'une relation de confiance entre elles et leurs collègues de travail, favorisant l'établissement du filet de sécurité. La confiance s'acquiert avec le temps et à force de se côtoyer, facilitant ainsi le travail d'équipe (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, & Doran, 2012). Du même coup, cette confiance favorise les échanges qui sont nécessaires à l'expression de leur LC (Boamah, 2019; Clark & Holmes, 2007; Khan et al., 2018; Vilela & de Souza, 2010). En effet, c'est durant ces échanges que les autres membres de l'équipe apprennent

qu'il leur est possible d'avoir confiance en l'IND. C'est lors de ces discussions que leurs collègues sont plus enclins à lui accorder de la crédibilité, car elles peuvent mesurer leurs compétences lorsque les IND expriment leur opinion sur un sujet (Day, Fleenor, Atwater, Sturm, & McKee, 2014). Les participantes ont décrit ce phénomène par le sentiment d'avoir à faire leurs preuves avant de réussir à exercer leur LC. Ce résultat semble novateur, puisque peu observé spécifiquement chez les IND en situation de LC.

Lors de son projet de recherche doctoral sur le LC, Godin (2018) a analysé le récit de vie de dix IS de milieux de soins communautaires exerçant depuis plus de 10 ans. Selon cette chercheuse, la crédibilité professionnelle est associée aux compétences professionnelles qui, elles, se construisent à partir des expériences. Ce bagage peut être acquis professionnellement ou personnellement, puisque la personne est indivisible de son rôle d'IS (Godin, 2018). Toujours selon cette chercheuse, la crédibilité accordée par les collègues de travail est une forme de reconnaissance envers les IS : la reconnaissance qu'elles peuvent agir avec compétence dans la résolution de problèmes (Godin, 2018). Dans la description de leur modèle de leadership établi depuis 1995, Kouzes et Posner (2010) indiquent que la crédibilité accordée par le groupe au leader est un élément clé à l'exercice d'un leadership efficace. Il est nécessaire de préciser que sans cette crédibilité, les IND n'arriveront pas à prendre part au dialogue leur permettant alors d'influencer les décisions. Ainsi, les collègues sont plus favorables à laisser les IND prendre une place dans l'équipe en accordant de l'importance à leurs propos et en leur permettant d'exercer leur influence (Gullick et al., 2019; Marshall, West, & Aitken, 2013). La création de cette

crédibilité professionnelle semble la pierre angulaire de l'exercice du LC des IND, mais nécessite de plus amples recherches, car ce concept semble encore mal défini selon l'avis de Cardwell, Davis, Gray, Hillel et McKenna (2020) à l'issue d'une revue systématique portant sur la crédibilité clinique dans les soins infirmiers.

### **Centrer sur les besoins de l'utilisateur**

Afin d'offrir la meilleure qualité de soins possible à l'utilisateur, les IND veulent que les décisions médicales et de l'équipe soignante soient prises sur la base des données cliniques récentes et factuelles qu'elles apportent. Ceci est cohérent avec les résultats obtenus par Linton et Farrell (2009) lors de leur étude phénoménologie auprès de six IS ayant plus de cinq ans d'expérience aux USI. Même si, au départ, elles ne se sentent pas à l'aise de le faire, elles désirent communiquer rapidement au médecin les données cliniques hors normes. C'est ainsi qu'elles sont amenées à exercer leur rôle de promotion des intérêts de l'utilisateur afin d'influencer les décisions exprimant ainsi leur LC. De cette façon, elles endossent leur rôle de représentante de l'utilisateur lui permettant de défendre ses droits et ses besoins, ce qui concorde avec leur vision de leur rôle d'IS.

Il est ressorti de l'analyse que la principale motivation des IND à s'impliquer dans l'équipe soignante et à exercer leur LC est de parvenir à influencer positivement le bien-être et le rétablissement des usagers. Les IND décrivent avoir une connaissance approfondie de l'utilisateur ce qui leur permet de détecter un écart ou une détérioration dans la situation de l'utilisateur, et ce, malgré leur inexpérience à justifier leurs constats. Selon

certaines auteurs, il a été ressorti que cette connaissance modifie la perspective du prendre soin, ce qui entraîne un investissement dans le développement d'une relation avec l'utilisateur et sa famille, et conséquemment dans le soin de cet usager (Paquette, Saint-Pierre, & Mayrand Leclerc, 2018; Tanner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993). Ceci consiste en un important déclencheur pour les IND, car elles fondent leurs décisions sur cette connaissance et priorisent ainsi la réponse aux besoins de l'utilisateur dans toutes leurs décisions et interventions. S'appuyant sur cette connaissance de l'utilisateur, elles vont en défendre les intérêts auprès des autres membres de l'équipe soignante (Paquette & Kilpatrick, 2021). Selon Stanley & Stanley (2018) et Boamah (2019), c'est grâce à la mobilisation de ces valeurs professionnelles et de leur croyance en l'importance de leur rôle que les IS peuvent se positionner face à la qualité des soins qu'elles veulent offrir et promouvoir les intérêts de l'utilisateur. Pour les IND, ces valeurs sont attribuables à leur vision de leur rôle, ce qui semble être la clé dans la conception de leur identité professionnelle.

### **Facilitateurs**

Dans cette section, les facilitateurs décrits par les participantes seront explorés sous forme globale. Ce regroupement des thèmes et des sous-thèmes a permis l'émergence d'une perspective différente. Ainsi, ce regroupement a mis en lumière (1) les fondations facilitatrices, et (2) les actions facilitatrices.

### **Fondations facilitatrices**

Selon les participantes, afin d'exercer leur rôle de LC, il leur est primordial de posséder certaines bases fondatrices sur lesquelles s'appuyer avant d'arriver aux USI. Ces fondations sont constituées des connaissances théoriques et pratiques émanant des situations cliniques et de leadership rencontrées antérieurement. D'après l'analyse des entrevues, il apparaît que ces connaissances doivent être construites avant leur arrivée aux USI, ce qui leur donne des bases solides pour exercer leur rôle d'IS de manière efficace.

Afin d'exercer aux USI, les IS doivent posséder une très grande capacité d'adaptation et d'anticipation, en plus d'aptitudes techniques et procédurales complexes (Benner et al., 2011). Qui plus est, les compétences essentielles de raisonnement éthique et clinique, d'évaluation et de jugement clinique ne sont que plus importantes considérant la rapidité avec laquelle l'IS doit répondre aux besoins de l'utilisateur sur ces unités de soins spécialisées (Benner et al., 2011). Selon Benner (1982), l'acquisition de la compétence s'effectue graduellement, passant progressivement de novice à experte, à force d'être exposée à répétition à des situations de soins semblables. C'est donc dire que plus le bagage de connaissances, d'habiletés et de compétences est grand avant l'arrivée des IND aux USI, plus elles seront capables d'exercer un rôle d'IS dès leur arrivée sur l'unité. Cet élément a été soulevé à plusieurs moments par les participantes, indiquant que plus elles avaient été en mesure de s'exercer, ou à tout le moins visualiser des situations cliniques réelles d'USI, plus elles étaient à même de savoir comment intervenir.

Pour construire ce bagage de connaissances, il faut cependant éviter de décontextualiser les apprentissages. En effet, Benner (2012) suggère d'éviter de morceler les enseignements en concepts théoriques simples et distincts, et de recentrer les apprentissages dans leur contexte spécifique. De cette façon, les IND peuvent acquérir une reconnaissance des subtilités d'une situation en plus d'améliorer leurs capacités à réfléchir et agir dans l'action tout en favorisant leur jugement clinique essentiel au rôle d'IS (Benner, 2012). Selon les participantes, l'exposition antérieure aux situations de soins ou aux expériences de leadership créées lors des stages en milieu de soins constitue une impression de déjà-vu leur apportant une confiance en elle qui les sécurise dans l'exercice de leur LC. L'acquisition du bagage d'expériences et de connaissances provient de différentes sources (p. ex., vie personnelle, stages, période d'intégration, observation), ce qui n'est pas identique pour toutes. Ceci semble aussi concorder avec ce que Charette et al. (2019) ont observé lors d'une recherche ethnographique auprès de 19 participantes, qui incluait des IND de soins aigus, des précepteurs, des conseillères en soins infirmiers et des gestionnaires. Suite à la création de cette impression de déjà-vu *clinique*, les IND reconnaissent plus rapidement les éléments clés d'une détérioration de l'état chez l'utilisateur (Benner et al., 2011). Les participantes disent ainsi gagner confiance en elles et sont ensuite plus à l'aise de s'affirmer auprès de leurs collègues. C'est donc dire que plus elles sont en contact tôt avec des situations de soins d'USI, plus elles seront capables d'identifier, de réagir et de communiquer les informations pertinentes en plus d'intervenir adéquatement en regard des situations rencontrées, ce qui favorise la confiance en soi et, au final, l'expression du LC.

Seule l'exposition précoce et fréquente aux situations cliniques, comme lors des stages, permet l'application d'habiletés de LC favorisant le développement des compétences associées (Galuska, 2012; Goudreau et al., 2013; Milhomme, 2016; Pepin et al., 2011). Bien que les stages soient un processus reconnu comme impératif pour intégrer les connaissances théoriques et pratiques avant l'arrivée des IND dans le milieu de soins, il semble que cela soit variable selon les établissements d'enseignement (OIIQ, 2009). En effet, l'OIIQ avait émis des recommandations en 2009 demandant des améliorations dans la prestation des stages (en durée et en qualité de l'expérience) afin d'offrir les opportunités d'apprentissage permettant l'intégration des compétences de base. Malgré que cette prise de position ait été émise il y a plus de 10 ans, les résultats de la présente étude semblent démontrer peu d'amélioration à ce sujet puisque les milieux de travail s'attendent encore à ce que les IND soient à un niveau de compétence élevé dès leur arrivée, tel que suggéré par Charette et al. (2019).

### **Actions facilitatrices**

Lorsqu'elles manquent d'expérience face à une situation, les IND tentent de trouver réponse à leurs questionnements. En dépit qu'elles doivent parfois apprendre certains éléments de leur profession sans une préparation préalable, elles s'engagent dans leur rôle au maximum de leurs capacités. Selon Liang et al. (2018), qui ont effectué une étude qualitative interprétative à la suite d'entrevues auprès de 25 IND de soins aigus, cet engagement émane d'un désir des IND de correspondre aux attentes. Elles ne veulent pas se sentir insuffisantes à la tâche (Liang et al., 2018). Lorsque les IND s'engagent dans

leurs apprentissages, elles améliorent leurs connaissances solidifiant leurs fondations facilitatrices. Cet investissement dans leurs apprentissages démontre de l'autonomisation dans la prise en charge de leurs connaissances ainsi que du LC. Par cette recherche d'informations valides et fiables, leur permettant d'appuyer solidement leurs soins, les IND démontrent une volonté d'assurer la qualité des services qui sont offerts à l'utilisateur. Elles développent ainsi leurs compétences afin de combler l'écart constaté entre la formation et l'exercice professionnel attendu. Ceci démontre un désir profond d'offrir la meilleure qualité de soins possible, tout comme les participantes de la recherche menée par Liang et al. (2018).

Cette recherche de cohérence entre leurs connaissances et les interventions effectuées dans les activités quotidiennes de soins, a comme principal but d'être en mesure de les justifier ultérieurement. C'est alors que les participantes remettent en question le statu quo pour mieux comprendre le raisonnement clinique justifiant des décisions ou des interventions habituellement offertes. Par cette quête, elles démontrent alors un LC, là où il n'est habituellement pas attendu, selon les comportements décrits dans le cadre de référence du CC3N (2016). Selon Mannix, Wilkes & Daly (2015), qui ont effectué une revue de littérature afin de définir les caractéristiques du LC, ce genre de remise en question est habituellement engendré par des personnes possédant plus d'expérience et n'ayant pas peur de prendre le risque de questionner afin d'entamer un changement lorsque le processus est jugé inadéquat. Dans le présent projet, ce questionnement est initié

par des IND possédant peu d'expérience, cherchant au départ simplement à comprendre pourquoi les choses se passent ainsi.

L'exercice du LC par les IND est aussi facilité par la construction d'un filet de sécurité, action qui leur permettrait de pallier leur manque de connaissances. Ce filet est composé de toutes les stratégies que les IND mettent en place pour leur permettre d'exercer leur rôle de façon sécuritaire malgré qu'elles ne possèdent pas toutes les connaissances et l'expérience nécessaires. À l'issue des analyses, ce filet peut être officiel, par une structure de préceptorat ou mentorat établie dans l'établissement de santé. Ou encore, non officiel, par la création de relations basées sur des affinités personnelles avec certaines collègues plus expérimentées. Ce filet permet initialement aux IND de s'informer puisque ces collègues accueillent favorablement leurs questionnements. Il semble qu'il les aide à prendre confiance en elle et en leurs capacités. Elles sont alors plus enclines à intervenir, car elles ressentent le soutien nécessaire pour assumer leur rôle petit à petit lors des situations rencontrées, malgré leur manque de préparation. Dans le cas où les participantes avaient du soutien par les pairs dans un contexte de transition à l'exercice, comme les programmes de préceptorat, de mentorat ou encore de résidence, il semble selon les écrits que cela soit efficace (Al-Dossary et al., 2014; Bérubé et al., 2012; Chappell et al., 2014; Lavoie-Tremblay et al., 2018). Ainsi, plus la structure est officielle et assurée par les établissements de santé, plus il est facile pour les IND d'évoluer positivement (DeGrande et al., 2018).

Le besoin d'être soutenu semble parfois aller au-delà du programme de soutien lorsqu'il est offert. Bien que les IND possèdent les connaissances nécessaires pour intervenir, certaines ressentent toujours le besoin de valider leur jugement clinique. La justification de ce comportement n'est pas décrite clairement par les participantes lors des entrevues réalisées. Il en ressort, cependant, que, pour les IND, la discussion entre pairs est une forme de soutien à la décision et un apaisement face au doute généré par le manque d'expérience. Ce processus d'échanges sociaux et informels semble maintenu nonobstant leur autonomie acquise à la fin de leur période d'intégration. Ces échanges revêtent un aspect moins formel qui apparaît être moins intimidant pour les IND. L'exploration de ce phénomène serait nécessaire afin d'approfondir les raisons de cette recherche de validation.

Bien qu'à la suite de l'analyse des verbatims des participantes, les résultats ont été organisés et présentés en facilitateur ou barrière, il apparaît que l'absence d'un facilitateur pourrait devenir une barrière à l'exercice du LC, et vice et versa. Dans la prochaine section, les barrières seront interprétées et explorées à la lumière des écrits.

### **Barrières**

Plusieurs éléments barrières ont été nommés par les participantes. Afin d'offrir une réflexion plus approfondie sur celles-ci, une réorganisation des thèmes a été réalisée selon l'origine de la barrière. Ainsi, certaines sont d'ordre extrinsèque, qui relève entre autres de la formation, et d'autres sont d'ordre intrinsèque aux IND, c'est-à-dire, ce qu'elles ont

vécu et ressenti. Cette réorganisation permet de traduire les résultats en données utilisables par les acteurs de la profession (Sandelowski & Leeman, 2012). Cependant, une constante se dégage des thèmes abordés par les IND : ces barrières provoquent la mise en veilleuse de leur LC afin d'éviter de perturber l'équilibre régnant au sein de l'équipe soignante pour être accepté par cette dernière (Kramer et al., 2012; Vilela & de Souza, 2010).

### **Éléments extrinsèques aux IND**

Les éléments extrinsèques aux IND font référence aux éléments liés à la formation initiale reçue et à l'absence d'une structure officielle de soutien dans leur milieu de travail. Ceux-ci provoqueraient entre autres un manque d'exposition au travail d'équipe, un manque de clarté du rôle de l'IS et de celui de LC, en plus d'un manque de connaissances sur les situations de soins spécifiques aux USI.

Tout comme mentionné par plusieurs auteurs, les participantes ont relevé un manque de préparation au travail d'équipe ainsi qu'un manque de contact avec les autres professionnels de l'équipe soignante avant leur début comme IND (Daly et al., 2014; Hasson, McKenna, & Keeney, 2013; Kramer et al., 2012; Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014b). Ce manque de préparation, tant sur le plan théorique que pratique, limite la connaissance des rôles de chacun (Daly et al., 2014; Hasson, McKenna, & Keeney, 2013; Kramer et al., 2012; Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014b) ce qui appauvrit les relations interdisciplinaires (Daly et al., 2014; Pfaff et al., 2014b) nuisant à la communication, à la coordination, à la prise de décision (Kramer et al., 2012).

Au Québec, la formation initiale actuelle semble comprendre peu ou pas de contact structuré avec les autres membres de l'équipe soignante. Selon Chreim, Langley, Commeau-Vallée, Huq et Reay (2013), afin de pouvoir travailler en équipe et d'organiser les soins, il est nécessaire de connaître les champs d'exercice et les frontières de rôle de chacun des professionnels impliqués dans les soins de l'utilisateur. Cette connaissance est la prémisses d'un travail d'équipe efficace, affirment ces mêmes auteurs. Alors que l'infirmière maintient une proximité et une connaissance approfondie de l'utilisateur, il lui est essentiel de posséder un minimum de connaissances sur les autres professionnels (Chreim et al., 2013), ce qui ne semble pas être le cas actuellement, selon certaines participantes. Ceci concorde avec les conclusions d'Ekström et Idvall (2015), lors de leur recherche descriptive exploratoire (12 participantes), ainsi que celles de Kramer et al. (2012), lors d'une recherche descriptive (330 participantes). Ces chercheurs ont observé, chez les IND de soins aigus, cette méconnaissance qui entraînait des difficultés à déléguer et organiser des activités de soins. Elles se retrouvaient alors seules à exécuter leurs soins, ce qui alimentait leur sentiment d'échec à exercer leur rôle professionnel (Ekström & Idvall, 2015; Kramer et al., 2012).

En plus d'avoir à connaître les rôles de chacun, les IND doivent aussi apprendre à se connaître. C'est par les expériences d'exercice du leadership acquises avant le début de l'exercice du rôle d'IS qu'elles apprennent à mieux connaître leurs limites et leurs forces en plus d'améliorer la maîtrise de certaines stratégies efficaces de communication et de résolution de conflits. Comme décrit par Démeh et Rosengren (2015), suite à leur

recherche qualitative descriptive effectuée auprès de 20 étudiantes en dernière année du Baccalauréat, lorsque l'acquisition de LC s'entame avant le début de l'exercice professionnel, les IND vivent l'intensité du choc transitionnel de façon moins importante puisqu'elles se sentent préparées à exercer ce rôle de leadership. À cela s'ajoute une plus grande confiance en soi (Middleton, 2013) et une plus grande satisfaction au travail (Boamah, 2019). Cela permet d'expliquer, entre autres, le bénéfice et la nécessité d'offrir des opportunités d'exercice de LC avant l'arrivée des IND en milieux de soins, permettant le développement de cette impression de déjà-vu de leadership. Cependant, au Québec, l'intégration d'un enseignement structuré, tel qu'un cours académique, ainsi qu'une évaluation des compétences de LC, sont absents de la formation initiale de la majorité des universités et des établissements collégiaux (ACESI, 2015b; Pepin & Myrick, 2016). Il semble alors y avoir une discordance entre la nécessité pour les IS d'acquérir ces compétences, déterminées par les exigences du rôle professionnel, et le moment où cela devrait être appris. C'est ce qui permet d'expliquer, entre autres, ce manque de connaissances généralisé des IND sur le LC.

Généralement, les premières fois sont les plus difficiles, mais petit à petit, la réexposition à une même situation apporte une aisance à la personne qui l'expérimente (Massey et al., 2016). Les participantes ont effectivement décrit qu'elles ressentaient cette aisance à force d'expériences semblables, ce qui les rendait plus à l'aise de prendre des décisions et d'effectuer rapidement les soins nécessaires. Puisque l'expérience ne s'acquiert que par l'exposition répétée aux situations de soins spécifiques aux USI (Benner

et al., 2011; Kramer et al., 2011), il est nécessaire de la débiter très tôt dans la carrière des IS et donc, dès la formation initiale (Ha & Pepin, 2018; Leigh, Littlewood, & Lyons, 2019; Stanley & Stanley, 2018). Selon Gill, Kendrick, Davies et Greenwood, (2017) ainsi que Brown, Crookes et Dewing (2016), afin de combler ce manque d'expérience en soins critiques, il est suggéré de participer à un programme d'intégration comme un internat, un programme de résidence, ou encore un plan d'intégration prolongé et adapté aux IND. Cependant, au Québec, le programme de résidence est offert principalement dans les établissements de santé universitaires (INESSS, 2018b), et les formules de soutien varient d'un établissement à l'autre (INESSS, 2018a). Il est alors nécessaire d'explorer d'autres moyens d'offrir adéquatement des opportunités d'apprentissages structurées pour assurer l'intégration des connaissances lacunaires à l'exercice de leur rôle aux USI.

Lors de l'analyse des résultats, il a été permis d'établir que les collègues de travail peuvent influencer grandement l'exercice du LC des IND par la confiance qu'elles leur accordent et la rétroaction qu'elles leur transmettent. Selon Boamah (2019), c'est lors de la rétroaction informelle, moment où les IND échangent avec leurs collègues durant leur temps de repos, qu'elles s'exercent à les influencer. De plus, lors d'une revue des écrits sur les bénéfices d'un programme de résidence aux USI, Al-Dossary et al. (2014) ont conclu que ces échanges leur permettaient de créer des liens avec les membres de l'équipe soignante. Ces dynamiques interpersonnelles favorisent la relation de confiance et le travail d'équipe (Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick et al., 2012). D'autre part, ils ont aussi observé que les périodes de rétroaction structurée et constructive avec leur supérieur

immédiat permettaient aux IND de consolider l'acquisition des compétences associées au LC (Al-Dossary et al., 2014). Comme décrit par certaines participantes, le manque de rétroaction les préoccupait ne sachant pas si elles correspondent aux attentes. Cette rétroaction est pourtant recherchée par les IND, selon les résultats obtenus par Saghafi, Hardy et Hillege (2012) lors de leur recherche qualitative phénoménologique auprès de dix IND d'USI. Elles cherchent simplement à s'améliorer et à exercer éventuellement leur rôle d'IS et de LC de la meilleure manière qui soit.

### **Éléments intrinsèques aux IND**

Les éléments intrinsèques aux IND réfèrent aux IND elles-mêmes : leur expérience d'étudiante, leurs sentiments, leurs perceptions et leur conception personnelle de leur rôle. Plusieurs expériences similaires décrites par les IND laissent croire que, généralement, elles se perçoivent comme exécutante, qu'elles s'inquiètent des réactions individuelles des autres membres de l'équipe à leur égard et craignent d'affecter l'ambiance de travail. Ces perceptions émanent de ce qu'elles ont vécu ou entendu à travers leurs stages ou encore ce que d'autres leur ont exprimé.

Comme le décrivent les participantes, au départ, elles se perçoivent comme l'exécutante des prescriptions médicales. Il apparaît important de souligner que malgré que les IND ne soient pas entièrement responsables de leur manque de connaissances sur le travail de collaboration dans une équipe, il n'en demeure pas moins que plusieurs nourrissent cette perception bien avant le début de leur exercice professionnel. Avec cette

perception, il leur est difficile d'exercer leur LC auprès des médecins, car elles ne s'accordent pas la permission d'intervenir lors d'un désaccord. Selon Jefferson et al. (2014), cette confusion de rôle est attribuable à la perception que le LC est détenu par le professionnel qui décide du traitement : le médecin. Selon les participantes, ceci s'atténue au fil de l'exercice de leur rôle quotidien constatant qu'elles ont un pouvoir d'influence sur les décisions médicales qui considèrent leur opinion lorsqu'elles osent la partager. De plus, selon la revue intégrative de la littérature sur le LC effectuée par Pfaff, Baxter, Jack et Ploeg (2014a), le manque de clarté de leur propre rôle d'IS et le manque de compréhension de celui des autres professionnels semble être à l'origine de cette perception. Conséquemment, cela rend le travail d'équipe difficile puisqu'elles ne savent pas quel professionnel consulter et quand le faire. Certaines difficultés peuvent alors émerger de cette mauvaise compréhension, comme douter ou encore attendre avant d'aviser le médecin d'une problématique, comme décrit par les participantes.

L'insuffisante socialisation avec les autres professionnels entraîne aussi de fausses perceptions face à l'influence qu'elles peuvent exercer sur leurs collègues. Observant les interactions entre les membres de l'équipe soignante, les IND craignent de vivre de la violence horizontale puisqu'elles constatent que d'autres la vivent réellement (Laschinger & Read, 2016; Pfaff et al., 2014b). Conséquemment, pour éviter de générer un conflit ou se faire rabrouer par leurs collègues, elles tenteront de travailler seules le plus possible pour ne pas affecter l'ambiance de travail. Ce qui a aussi été décrit par les IND exerçant dans différents secteurs lors d'une étude transversale auprès de 993 participantes

canadiennes (Laschinger & Read, 2016), en plus d'être soulevé lors d'une revue systématique sur le sujet (Khan et al., 2018). Elles se retiendront d'émettre leurs doutes sur une situation dans le but de préserver le statu quo qui existe à l'intérieur de l'équipe. Bien que les IND trouvent que certaines pratiques de leurs collègues semblent inappropriées et archaïques (Duchscher, 2009), les participantes ont dit préférer agir là où elles ont du pouvoir : leurs propres interventions. Ceci semble avoir été observé par d'autres chercheurs selon lesquelles les IND de soins aigus (Kramer et al., 2012) et les étudiantes (Hasson et al., 2013) gardent le silence afin d'éviter le conflit ou la confrontation, car elles veulent se sentir acceptées dans l'équipe soignante (Kramer et al., 2012; Vilela & de Souza, 2010). Cependant, afin de remettre en question le statu quo, les IND doivent avoir confiance en elles et obtenir la crédibilité nécessaire pour prendre leur place dans la discussion pour engendrer une influence ou un changement, ce qui ne semble pas toujours évident pour elles selon les résultats obtenus.

En résumé, les IND doivent consolider leurs connaissances théoriques, pratiques et cliniques pour ensuite acquérir la confiance en elles, favorisant alors l'exercice du LC. Cependant, elles doivent apprendre les comportements nécessaires pour l'exercer au même titre que les techniques spécifiques aux USI, ce qui, au final, ralentit leur progression. Elles sentent aussi qu'elles doivent faire leurs preuves et obtenir de la crédibilité auprès des collègues de l'équipe soignante avant de pouvoir influencer les décisions prises sur les soins à l'utilisateur. Après avoir acquis cette confiance en elles et cette crédibilité, les IND des USI s'engageant dans les discussions afin d'exercer leur LC,

motivées par la défense et la priorisation des besoins de l'utilisateur. Elles s'y investissent puisque ce rôle fait partie des valeurs professionnelles auxquelles elles s'identifient, en cohérence avec la représentation qu'elles ont du rôle de l'IS. L'acquisition de confiance et de crédibilité décrites par les participantes semble être la base de l'exercice de leur LC aux USI, résultat novateur dans la description du LC des IND.

### **Cadre de référence**

Selon le cadre de référence utilisé, le *National standards for critical care nurse education* du CC3N (2015, 2016) (Appendice B), seuls les comportements de LC liés à deux des cinq thèmes du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011) sont attendus chez les IND de moins de 12 mois d'expérience. Ainsi, durant la période d'intégration, les auteurs ont priorisé l'acquisition des comportements liés à (1) *démontrer des qualités personnelles* et (2) *travailler avec les autres*. Les appuis empiriques justifiant cette stratégie évolutive semblent absents. Considérant les résultats obtenus lors de la présente recherche, il semble que les IND peuvent démontrer des comportements liés aux trois autres thèmes du CLCF. Elles peuvent s'impliquer pour (3) *l'amélioration des services* lorsque cela touche directement les soins donnés à l'utilisateur, ou encore (4) *donner la direction* afin de recentrer les soins sur les besoins de celui-ci, en plus d'être capables de (5) *gérer les services* lorsqu'il s'agit d'interpeler d'autres professionnels nécessaires au rétablissement de l'utilisateur. Il est donc permis de croire que les IND exercent un LC selon les cinq grands sous-concepts du CLCF.

Ce résultat novateur met en lumière que le LC des IND est centré sur la réponse aux besoins de l'utilisateur. Cet objectif les motive à améliorer les services, à donner la direction et à gérer les services, ce qui est préconisé par le CLCF. L'amélioration des processus organisationnels de soins serait cependant un objectif ultérieur, ce qui concorde avec les résultats de Pepin et al. (2011). En effet, ces chercheuses ont déterminé, par leur cadre de théorie sur le processus d'acquisition du LC selon le niveau d'expérience de l'IS, que le LC devait d'abord être intégré et exercé auprès de l'utilisateur et sa famille avant d'être intégré du point de vue organisationnel et au-delà (Pepin et al., 2011). Cette description permet de comprendre que les IND exercent leur LC tôt dans l'exercice de leur rôle d'IS, selon une optique centrée sur l'utilisateur. C'est donc dire que le LC des IND s'exerce progressivement selon chacun des cinq sous-concepts du CLCF, malgré que le CC3N affirme qu'il soit restreint à certains sous-concepts (*démontrer des qualités personnelles et travailler avec les autres*). D'après les résultats de la présente recherche, l'exercice du LC est, quant à lui, déclenché par la volonté de contribuer au rétablissement de l'utilisateur. Ce n'est que par la suite qu'elles exerceront leur leadership vers les structures qui influencent les processus de soins dans l'organisation, comme souligné par Pepin et al. (2011).

### **Limites et forces de l'étude**

La recherche qualitative amène des forces et des limites qui peuvent influencer la qualité des résultats obtenus. Ainsi, selon Sandelowski (1986), afin d'obtenir des résultats rigoureux, ceux-ci doivent être crédibles, authentiques, critiques et transférables. C'est

ainsi que l'étudiante-chercheuse a mis en place les stratégies nécessaires à obtenir la meilleure qualité de résultats possibles (p. ex., codification des thèmes et sous-thèmes avec les définitions du cadre de référence, des allers-retours entre les verbatims et l'analyse en plus de la validation de cette analyse).

Malgré cela, le biais de désirabilité sociale peut être présent chez les participantes qui voulaient exprimer ce que l'étudiante-chercheuse tente de décrire, pour ne pas être exclue. En effet, puisque le but de l'étudiante-chercheuse est de décrire la perception de l'exercice du LC, cela influence possiblement les participantes à vouloir démontrer qu'elles exercent réellement ce LC. Ou encore, les participantes qui ont accepté de participer sont celles qui démontrent le plus de LC, car elles sont conscientes de leurs capacités. C'est donc dire que les personnes exerçant moins de LC pourraient ne pas être représentées dans cet échantillon. Cependant, le recrutement des participantes a permis de mettre en lumière des expériences semblables malgré qu'elles exercent dans 11 établissements de santé différents (CIUSSS ou CISSS), des régions administratives distinctes (neuf régions différentes sur 17) ou qui ont complété une formation initiale différente (DEC, Bacc ou Maîtrise initiale). Cette triangulation spatiale permet de comprendre que certains aspects de l'exercice du LC chez les IND se ressemblent dans plusieurs USI du Québec. De plus, l'utilisation des verbatims pour décrire l'expérience des participantes rend ces résultats reconnaissables par celles-ci, préserve leur authenticité et limite les risques de mauvaise interprétation. Conséquemment, la transférabilité des

résultats à la population générale des IND d'USI de moins de deux ans d'expérience professionnelle est augmentée.

Il est vrai que pour être représentatif des effectifs des USI du Québec, il aurait été préférable d'obtenir dans l'échantillon un ratio homme/femme proportionnel à la population d'infirmières et infirmiers québécois exerçant aux USI, et alors d'obtenir plus d'un participant masculin. Le nombre d'hommes exerçant aux USI au Québec représente 16,4 % ( $n = 21/128$ ) (Marleau, OIIQ, communication personnelle, 28 août 2020), alors que dans l'échantillon de la présente étude, ils représentent 6 % ( $n = 1/15$ ). Un rappel par courriel ciblant précisément les infirmiers de la population cible a été envoyé en mars 2019. Cependant, aucune réponse n'a permis d'obtenir plus de participants correspondant aux critères d'inclusion. Cela devrait être pris en compte lors de recherches futures sur le sujet.

Malgré les limites énoncées, le présent projet de recherche se démarque par son caractère innovant proposant d'explorer la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI au Québec, ce qui n'avait jamais été examiné jusqu'à maintenant. Il est souhaité que ces résultats puissent avoir des retombées sur la profession infirmière, ce qui sera abordé dans la prochaine section.

## **Retombées attendues et recommandations selon les cinq axes**

### **Recherche**

La poursuite de la recherche sur le LC semble nécessaire puisque ce sujet d'étude demeure assez récent, particulièrement celui des IND des USI. Il apparaît nécessaire de générer de nouvelles connaissances en lien avec l'exercice du LC dans un contexte d'USI puisque ce sont des attentes importantes du rôle de l'IS. Il serait alors intéressant d'explorer la perception d'autres parties prenantes comme celle des enseignants, des collègues, des médecins, des gestionnaires, la satisfaction des usagers et de leur famille afin d'avoir un portrait plus global de ce phénomène. De plus, l'élaboration et la validation empirique d'un outil de mesure du LC des IND permettraient de valider de façon objective les comportements, les habiletés et les compétences spécifiques à acquérir. Ceci soutiendrait l'intégration de stratégies d'apprentissage des compétences liées au LC que ce soit durant la formation initiale ou encore durant la période d'intégration.

À la lumière des présents résultats, l'organisation progressive des comportements attendus de LC selon le CC3N semblerait limitative et pourrait être revue. En effet, bien qu'elle soit modulée afin d'offrir une progression des attentes liées à (1) *démontrer des qualités personnelles* et à (2) *travailler en équipe*, les IND démontrent des comportements attribuables à l'ensemble des cinq thèmes du CLCF. Il existe cependant une progression au niveau de l'objectif visé lors de l'exercice de leur LC qui se veut initialement centré sur l'amélioration du bien-être de l'utilisateur spécifiquement, et qui, progressivement, viserait l'amélioration du processus de prestation des soins (Pepin et al., 2011). C'est donc

dire que les attentes devraient être revues en fonction de l'objectif poursuivi par l'exercice du LC (p. ex., les actions entreprises sont-elles en accord avec le rétablissement de l'utilisateur), et non segmentées en fonction de comportements liés à certains sous-concepts du LC. De plus, la notion de crédibilité attribuable aux IND nécessaire à l'exercice du LC semble absente du programme du CC3N et du CLCF. En effet, ceux-ci attribuent la notion de crédibilité au gestionnaire (NHS Leadership Academy, 2014), au formateur ou encore au mentor seulement (CC3N, 2016). Il serait pertinent de comprendre comment la crédibilité des IND influence leur capacité à exercer leur LC, ce qui favorise l'obtention cette crédibilité et ce qui la limite. Cette notion, pourtant incontournable pour plusieurs auteurs (Gullick et al., 2019; Kouzes & Posner, 2010), devrait faire l'objet de recherche future et, principalement, chez cette population.

Sous un autre ordre d'idée, pour trois participantes (20 %), la profession infirmière était une réorientation de carrière ce qui pourrait avoir un impact sur leur expérience d'exercice du LC. En effet, selon Hama et al. (2019), il semble qu'il soit plus facile pour ces IND de prendre leur place dans l'équipe soignante. Ces infirmières possèderaient une vision plus claire de leur rôle de LC et de la façon dont elles veulent prendre leur place (Hama et al., 2019). Il serait alors pertinent d'explorer, dans ce cas, si d'autres facteurs personnels, comme le sexe, le bagage d'expériences antérieures ou la formation initiale, influencent les comportements de LC.

## **Formation**

L'augmentation d'offres de programmes de formation sur le leadership (Dierckx de Casterlé et al., 2008; NHS Leadership Academy, 2011, 2014; NHS Scotland, 2014; Paterson et al., 2010) et la présence d'attentes claires sur le sujet dans les normes de compétences de plusieurs organisations de soins critiques (CC3N, 2016; American Association of Colleges of Nursing, 2013) démontrent l'importance pour les IS des USI d'acquérir des connaissances, des habiletés et des compétences spécifiques au LC. Plusieurs auteurs suggèrent de commencer tôt l'exposition à ce rôle puisque cela est profitable tant pour les IND que pour les usagers (AHC, 2009; Boamah, 2019; Cook, 2001a; Goudreau et al., 2013; Ha & Pepin, 2018; Johnson, Hamilton, Delaney, & Pennington, 2011; McNamara et al., 2014; Paterson et al., 2010; Sherman & Dyess, 2010; Wong, Cummings, & Ducharme, 2013).

L'intégration de compétences du LC aux critères d'évaluation du curriculum de la formation initiale permettrait aussi aux IND de s'exercer durant toute leur formation, incluant les stages. Cette exposition précoce favorise l'impression de déjà-vu en plus d'offrir l'encadrement nécessaire à l'apprentissage du LC, et non de les laisser au hasard des expériences personnelles (Leigh et al., 2019). Elles seront ensuite capables de mettre en œuvre leur LC dès leur arrivée en milieux de soins. Puisqu'on ne naît pas leader, mais qu'on le devient (Lapidus-Graham, 2012), l'utilisation de stratégies structurées et spécifiques amène une description claire des attentes au sujet du LC par l'entremise d'évaluations périodiques, d'échanges, de suivi et de soutien faits tout au long de la

formation (McNamara et al., 2014). C'est donc dire que la préparation au LC des IND avant leur arrivée aux USI est incontournable et passe nécessairement par l'intégration de stratégies variées durant la formation initiale (p. ex., mentorat, histoire de cas, réflexion à voix haute, simulation, *débriefing*, résolution de problème, journal de bord, expérience clinique, exemples concrets de LC à tous les niveaux d'expérience) (ACESI, 2015b; A. Brown, Dewing, et al., 2016; Ha & Pepin, 2018).

De plus, cette préparation devrait inclure une exposition au travail d'équipe afin de sensibiliser les IND au rôle de chacun des professionnels avec lesquels elles auront à interagir au quotidien. Cette exposition précoce permettrait d'améliorer leur compréhension de leur propre rôle ainsi que les façons bénéfiques d'exercer leur LC, favorisant la prise de conscience de leur propre contribution. Cette préparation devrait inclure des stratégies de communication efficaces et la résolution de conflits, afin de les outiller adéquatement au travail d'équipe (Kramer et al., 2012; Pfaff et al., 2014b; Williams et al., 2012). Qui plus est, selon O'Kane (2011), lorsque ces apprentissages se sont concrétisés dans le même milieu de soins où elles sont ensuite embauchées, la transition s'en trouve facilitée puisque la relation de confiance entre les IND et l'équipe soignante est déjà amorcée.

### **Pratique clinique**

Selon Wong et al. (2013), l'exercice du LC par les IS entraîne un impact positif pour les usagers et le réseau de la santé, il devient alors une compétence incontournable à

développer. Il est cependant nécessaire d'encourager et de soutenir les IND à exercer ce rôle dès le début de l'exercice professionnel. Cela permet de valoriser le rôle unique des IS aux USI par l'entremise de leur implication dans l'équipe soignante (Boamah, 2019). À la lumière des présents résultats, les milieux de soins doivent poursuivre leurs stratégies de soutien à la transition à l'exercice professionnel, et ce, malgré la nouvelle réglementation sur l'intégration des IND aux USI qui sont issues de formation universitaire seulement. L'analyse de l'impact des programmes de résidence a permis d'établir que les IND parviennent à mieux exercer les comportements clés de LC, tel que s'organiser et gérer les interventions malgré le contexte imprévisible des USI, de prioriser adéquatement les soins à effectuer, de communiquer adéquatement les informations pertinentes suite à leurs observations en situation d'instabilité de l'usager, et enfin, de déléguer et coordonner les activités de soins avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Kramer et al., 2011; Trepanier, Mainous, Africa, & Shinnars, 2017). Cette stratégie ayant fait leurs preuves, l'intégration d'un programme de résidence uniformisé à travers le réseau québécois pourrait être une partie de la solution.

Aussi, l'utilisation d'un programme de préceptorat ou de mentorat permet aux IND d'intégrer, par un modèle de rôle crédible et fiable, les comportements attendus d'une IS qui exerce son LC (Ha & Pepin, 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2018). Les précepteurs et mentors devraient être des experts du milieu choisis pour leur LC en plus d'être formés à offrir le soutien nécessaire aux IND afin qu'elles développent ces compétences attendues (Ha & Pepin, 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2018). Comme le soulignent les résultats

obtenus par Ha et Pepin (2018) auprès d'étudiantes de première année de formation universitaire, le mentor permet d'étendre leurs apprentissages au-delà du rôle technique de l'IS en démontrant le rôle de leader qu'elles doivent endosser au quotidien. Qui plus est, l'implantation de ce type de programme à travers les USI du Québec permettrait du même coup d'y intégrer plusieurs recommandations mentionnées sous les cinq axes des présentes recommandations.

De plus, selon Kilpatrick et al. (2020), de courtes interventions, répétitives ou non, situées entre de 30 à 120 minutes, abordant principalement le travail d'équipe avec différents professionnels de l'équipe soignante, peuvent améliorer grandement le fonctionnement à l'intérieur de l'équipe (p. ex., la clarification du rôle, la communication, la prise de décision, la résolution de problème). Cette avenue serait donc à explorer afin de déterminer le contenu et la forme de ces séances pour ensuite offrir des interventions (p. ex., simulation basse fidélité, jeu de rôle) qui pourraient être bénéfiques pour l'ensemble des membres de l'équipe soignante en plus de favoriser la contribution des IND et le développement de leur LC.

## **Gestion**

Les gestionnaires responsables aux USI doivent adapter leurs attentes face à l'exercice du LC des IND. L'évaluation de critères liée aux connaissances, aux habiletés et aux compétences de LC doit être explicite afin que les IND puissent connaître les éléments à acquérir durant leur intégration comme IS. De plus, une rétroaction structurée

devrait être planifiée de façon périodique sous forme d'évaluation formelle ou de période de suivi, en plus d'inclure un outil d'évaluation basé sur l'autocritique. Ceci permet aux IND de connaître leurs forces et leurs limites en plus de leur offrir la chance de prendre un temps d'arrêt afin d'apprécier leur évolution et de poursuivre leur amélioration (Saghafi et al., 2012). La planification, par le gestionnaire, de stratégies facilitant l'exercice du LC serait bénéfique tant pour les IND que pour les autres membres de l'équipe soignante (p. ex., formation en cours d'emploi, l'organisation de rencontres formelles obligatoires entre les différents professionnels des USI, structure de soutien comme le préceptorat et le mentorat) (Connolly et al., 2018; Johnson et al., 2011; Khan et al., 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2018).

Afin de faciliter le travail d'équipe, Costanzo et al. (2019) suggèrent de formaliser et structurer la revue quotidienne des usagers, appelée aussi tournée médicale ou rencontre interprofessionnelle. Ils ont ainsi constaté que lorsque l'IS responsable de l'utilisateur dirigeait la rencontre, celle-ci améliorait grandement l'exercice de leur LC. La formalisation des rôles par cette structure a permis aux participantes de représenter activement les besoins de l'utilisateur en partageant leurs inquiétudes. Ils ont remarqué une amélioration des compétences de communication leur permettant de suggérer des solutions aux problématiques rencontrées et d'influencer les décisions. Aussi, cela leur permettait de connaître le plan de traitement établi par le médecin. Ensuite, elles pouvaient prévoir et planifier les soins, mais aussi interpeler au moment opportun d'autres professionnels (p. ex., physiothérapeute, travailleur social), ce qui les amenait à exercer

plus facilement leur LC. L'implantation de cette stratégie par les gestionnaires aux USI permettrait alors d'améliorer l'implication des IND dans un processus officiel de travail d'équipe leur faisant bénéficier des impacts potentiellement positifs sur l'exercice de leur LC.

### **Politique**

Bien que l'ordre professionnel semble déjà s'y intéresser, il est nécessaire pour l'OIIQ d'émettre des recommandations claires et appropriées sur le LC des IS qui doivent être arrimées aux réels besoins de profession actuelle. La prise de position de l'ACESI (2015a) annonce des attentes spécifiques en lien avec les compétences de LC des étudiantes en sciences infirmières à travers le Canada, ce qui démontre l'importance de s'y attarder.

D'autres moyens peuvent être utilisés afin de transposer ces attentes dans le réseau de la santé québécois. En effet, le programme de préceptorat actuel offre une structure règlementée déterminant des objectifs clairs de soutien aux IND de moins de deux ans d'expérience professionnelle. Ce levier pourrait contraindre les établissements de santé à offrir des stratégies de soutien du LC. Le MSSS pourrait alors s'assurer, lors de la reddition de compte lié à la dépense du budget alloué à ce programme, que les établissements offrent un tel soutien. Considérant que ces stratégies pourraient avoir un impact majeur sur la satisfaction au travail des IND, en plus de l'atténuation du choc transitionnel à l'exercice professionnel (Boamah, 2019; Démeh & Rosengren, 2015;

Middleton, 2013), il est possible de croire que cela pourrait améliorer du même coup l'exercice du LC des IND aux USI.

## **Conclusion**

Malgré leur manque d'expérience, les IND intègrent l'équipe soignante des USI (Bérubé et al., 2008; Perron, 2016). Les attentes envers ces nouvelles professionnelles sont grandes (R. A. Brown R. A. & Crookes, 2016; Kramer et al., 2012; Langlois, Lauzier, Marleau, & Leprohon, 2012; Utley-Smith, 2004) puisqu'elles doivent rapidement exercer leur LC, c'est-à-dire influencer la prise de décisions cliniques dans le but de prévenir la détérioration de l'état de santé de l'usager et de faciliter son rétablissement (Chávez & Yoder, 2014). Cependant, il semble que les IND aient de la difficulté à exercer ce rôle essentiel de l'IS dès leur début aux USI (R. A. Brown & Crookes, 2016; Kramer et al., 2012; Lea & Cruickshank, 2014). C'est à partir de ce constat qu'une recension des écrits a été effectuée afin d'explorer ce qui pourrait faciliter ou limiter l'exercice du LC chez les IND exerçant aux USI, mais aucun résultat probant n'a abordé ce phénomène chez cette population spécifiquement. Ainsi, le but du présent projet de recherche était de décrire la perception de l'exercice du LC des IND exerçant aux USI dès le début de leur exercice professionnel. Les objectifs consistaient à (1) décrire l'exercice de LC selon l'expérience des IND lorsqu'elles exercent aux USI dès le début de leur exercice professionnel, (2) décrire les facilitateurs qui leur ont permis d'exercer ce LC et (3) décrire les barrières qui les ont limitées dans ce rôle. C'est à partir des 15 entrevues semi-dirigées qu'il a été possible de répondre au but et aux objectifs de recherche. La méthodologie qualitative de

type descriptif selon Sandelowski (2004, 2010) a permis de mettre en lumière la riche expérience des participantes, qui se veut une première étape dans l'exploration de ce phénomène. L'analyse de l'expérience des participantes a été facilitée grâce au cadre de référence du CLCF selon le CC3N (2015, 2016). Ce cadre a guidé la réalisation du présent projet en facilitant l'identification, la codification, l'analyse des résultats, la description de l'exercice du LC en plus de les relier aux résultats probants. À la lumière des résultats, il apparaît que les IND peuvent exercer un LC aux USI, mais qu'il est influencé par des facilitateurs et des barrières. Il semble que grandir professionnellement soit nécessaire avant qu'elles soient capables d'influencer le processus décisionnel lorsque le rétablissement de l'usager est en jeu. La construction d'un filet de sécurité semble être l'un des facilitateurs les plus importants dans l'exercice de leur LC. Alors qu'elles le mettront en veilleuse particulièrement lorsqu'elles se perçoivent comme exécutante et qu'elles manquent d'expérience de travail d'équipe.

Les IND tentent de s'intégrer activement dans un contexte d'exercice exigeant malgré qu'elles constatent leur manque de préparation au rôle de l'IS. En plus d'être constamment préoccupées par la qualité des soins qu'elles offrent à l'usager, elles apprennent à travailler avec l'équipe soignante en plus d'acquérir les compétences de LC. Motivées par la défense des besoins de l'usager, elles s'impliquent et s'engagent dans ce rôle, puisqu'il constitue, selon elles, une composante centrale de leur identité professionnelle. Progressivement, elles construisent une relation de confiance avec leurs collègues. Grâce à cette relation et à la démonstration de leurs compétences cliniques, les

membres de l'équipe soignante accordent graduellement de la crédibilité aux IND en considérant leur opinion lorsqu'elles participent à la résolution de problème. Elles peuvent alors exercer leur LC durant ces discussions pour influencer les décisions cliniques afin d'obtenir des résultats positifs sur le rétablissement de l'usager.

Ce projet de recherche permet de soulever que les IND peuvent exercer leur LC selon les cinq sous-concepts du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011), ce qui constitue un élément nouveau selon l'interprétation du CC3N (2015, 2016), puisqu'il avait été jugé qu'elles ne pouvaient en exprimer que deux en raison de leur faible expérience. De plus, les participantes ont décrit un lien important entre l'exercice de leur LC et la notion de crédibilité, ce qui n'est pas abordé spécifiquement dans le CLCF et le cadre de référence du CC3N. La notion de crédibilité professionnelle chez les IND semble un élément novateur qui devra faire l'objet de recherches plus approfondies.

Il a été mis en lumière que les IND doivent cependant être mieux outillées pour faire face à ce rôle. Le manque de contact avec les autres membres de l'équipe soignante pendant leur formation initiale, ainsi que le manque de contextes où elles peuvent parfaire leurs compétences de LC semblent limiter leur capacité à exercer ce rôle dès leur arrivée aux USI. En effet, il en est ressorti qu'elles ont besoin d'améliorer leurs compétences sur leur rôle d'IS et de LC afin de pouvoir les mettre en œuvre. C'est grâce à cette expérience qu'elles seront à même de déployer leur rôle pour défendre les intérêts des usagers, et alors, d'exercer leur leadership.

La description de la perception de l'exercice du LC des IND aux USI apporte maintenant un nouveau regard sur les capacités des IND à influencer leurs collègues et les membres de l'équipe soignante dès le début de leur exercice professionnel d'IS. Dans un contexte où tous semblent d'accord que le leadership doit être initié à tous les échelons hiérarchiques (AIO, 2013; Stanley, 2006a, 2012), il apparaît nécessaire de soutenir les IND dans la mise en œuvre de ce rôle primordial de l'IS. Afin d'y parvenir, il sera nécessaire de mettre en place rapidement des stratégies encourageant le renforcement des facilitateurs, comme la mise en place d'une structure officielle de soutien et de suivi, tout en atténuant les barrières, comme offrir des opportunités d'acquisition d'expérience de LC et de travail d'équipe avant l'arrivée IND aux USI. Ceci permettrait de soutenir l'intégration du LC au quotidien, et ce, dès la formation initiale. Il faut aussi poursuivre ces stratégies durant la transition à l'exercice, incluant le parcours d'intégration des IND aux USI. C'est ainsi qu'elles seront à même d'assumer rapidement ce rôle, permettant de rehausser la qualité et la sécurité des soins. De cette façon, tous pourront bénéficier de cet apport, tant les IND elles-mêmes que les gestionnaires, les membres de l'équipe soignante et les établissements de santé, mais plus particulièrement les usagers (den Breejen-de Hooge et al., 2021). Toutes doivent mettre à profit leurs connaissances et compétences afin de prendre des décisions rapides, souples et créatives (Levett-Jones et al., 2010) et ainsi résoudre les difficultés rencontrées au quotidien (Supamane, Krairiksh, Singhakhumfu, & Turale, 2011). Elles doivent aussi s'engager à améliorer la situation des usagers en utilisant les meilleures pratiques en matière de soins sécuritaires (Chávez & Yoder, 2014) ce qu'entre autres l'exercice du LC permet d'accomplir (Stanley & Stanley,

2018). Considérant que les IND remplaceront les départs à la retraite des *baby-boomers*, il est d'autant plus important d'améliorer l'intégration de cette compétence charnière du rôle d'IS permettant du même coup d'assurer une rétention des IND aux USI (Boamah, 2019; Démeh & Rosengren, 2015; Middleton, 2013). Cet enjeu majeur mérite alors la poursuite des efforts afin de mieux préparer la relève infirmière aux réalités professionnelles.

## **Références**

- Ailey, S., Lamb, K., Friese, T., & Christopher, B.-A. (2015). Educating nursing students in clinical leadership. *Nursing Management - UK*, 21(9), 23-28 26p. doi: 10.7748/nm.21.9.23.e1304
- Al-Dossary, R. N., Kitsantas, P., & Maddox, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 34(6), 1024-1028. doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.006
- American Association of Colleges of Nursing. (2013). *Competencies and curricular expectations for clinical nurse leader education and practice*. Repéré à <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/White-Papers/CNL-Competencies-October-2013.pdf>
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2015). *AACN Scope and standards for acute and critical care nursing practice*. Repéré à <https://www.aacn.org/nursing-excellence/standards/aacn-scope-and-standards-for-acute-and-critical-care-nursing-practice>
- Anderson, G., Hair, C., & Todero, C. (2012). Nurse residency programs: An evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.11.020
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015a). *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière rapport final*. Ottawa, ON: Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015b). *Domaine de pratique au niveau du baccalauréat en sciences infirmières : lignes directrices pour les stages cliniques et la simulation*. Ottawa, ON: Association canadienne des écoles de sciences infirmières ACESI. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2018/07/Draft-FR-clinical-sim-2015.pdf>
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs (ACIISI). (2017). *Normes pour la pratique infirmière en soins critiques*. London, ON: Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs. Repéré à

[https://www.caccn.ca/en/files/STCACCN%202017%20Standards%20\(5th%20Ed\).pdf](https://www.caccn.ca/en/files/STCACCN%202017%20Standards%20(5th%20Ed).pdf)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO). (2013). *Lignes directrices de pratiques exemplaires - lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier (2<sup>e</sup> édition)*. Repéré à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG\\_FR.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_FR.pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2009). *Énoncé de position - Le leadership de la profession infirmière*. Repéré à [https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere\\_enonce-de-position.pdf](https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf)

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767

Baumberger-Henry, M. (2012). Registered nurses' perspectives on the new graduate working in the emergency department or critical care unit. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(7), 299-305. doi: 10.3928/00220124-20111115-02

Bellack, J. P., Morjikian, R., Barger, S., Strachota, E., Fitzmaurice, J., Lee, A., ... O'Neil, E. H. (2001). Developing BSN leaders for the future: the Fuld Leadership Initiative for Nursing Education (LINE). *Journal Of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*, 17(1), 23-32. doi: 10.1053/jpnu.2001.20247

Benner, P. E. (1982). From novice to expert... the Dreyfus Model of Skill Acquisition. *American Journal of Nursing*, 82, 402-407.

Benner, P. E. (2012). Educating nurses: A call for radical transformation—How far have We Come? *Journal of Nursing Education*, 51(4), 183-184. doi: 10.3928/01484834-20120402-01

Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach*. New York, N.Y.: Springer.

- Bérubé, M., Touchette, S., & Brien, L.-A. (2008). Relève - Préparation optimale. *Perspective Infirmière*, 5(6), 25-27. Repéré à <https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Perspective/vol5no6/p25.pdf>
- Bérubé, M., Valiquette, M.-P., Laplante, É., Lepage, I., Belmonte, A., Tanguay, N., ... Touchette, S. (2012). Nursing residency program: a solution to introduce new grads into critical care more safely while improving accessibility to services. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 25(1), 50-67.
- Boamah, S. A. (2018). Linking nurses' clinical leadership to patient care quality: The role of transformational leadership and workplace empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), 9-19. doi: 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 (John Wiley & Sons, Inc.)*, 75(5), 1000-1009. doi: 10.1111/jan.13895
- Bradshaw, C., Sandra, A., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1-8. doi: 10.1177/2333393617742282
- Brown, A., Crookes, P., & Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse Education Today*, 36, 105-111 107p. doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.006
- Brown, A., Dewing, J., & Crookes, P. (2016). Clinical leadership as an integral curriculum thread in pre-registration nursing programmes. *Nurse Education Today*, 38, 9-14 16p. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.024
- Brown, R. A., & Crookes, P. A. (2016). What are the 'necessary' skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing*, 15, 23-23. doi: 10.1186/s12912-016-0144-8
- Bucknall, T. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 25-36. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00333.x

- Burns, D. (2009a). Clinical leadership for general practice nurses, part 1: perceived needs. *Practice Nursing*, 20(9), 466-469. doi: 10.12968/pnur.2009.20.9.43929
- Burns, D. (2009b). Clinical leadership for general practice nurses, part 2: facilitating factors. *Practice Nursing*, 20(10), 519-523. doi: 10.12968/pnur.2009.20.10.44617
- Burns, D. (2009c). Clinical leadership for general practice nurses, part 3: leadership mechanisms. *Practice Nursing*, 20(12), 622-625. doi: 10.12968/pnur.2009.20.12.45587
- Cardwell, R., Davis, J., Gray, R., Hillel, S. A., & McKenna, L. (2020). How is clinical credibility defined in nursing? A systematic review. *Collegian*, 27, 23-33. doi: 10.1016/j.colegn.2019.05.007
- Casey, M., McNamara, M., Fealy, G., & Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: A mixed methods study. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(7), 1502-1513. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05581.x
- Chachula, K. M., Myrick, F., & Yonge, O. (2015). Letting go: How newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, 35(7), 912-918 917p. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.024
- 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 Administration*, 44(12), 659-668. doi: 10.1097/NNA.000000000000144 C2 - 25393143
- Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2019). How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. *Nurse Education Today*, 79, 161-167. doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.031
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2014). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100 111p. doi: 10.1111/nuf.12100

- Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J.-L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201–228. doi: 10.1177/1742715012468781
- Clark, T., & Holmes, S. (2007). Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1210-1220. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.010
- Connolly, M., Jacobs, S., & Scott, K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 881-887. doi: 10.1111/jonm.12619
- Conway, J., & McMillan, M. (2001). Exploring the culture of an ICU: The imperative for facilitative leadership. *Nursing Leadership Forum*, 6(4), 117-124.
- Cook, M. J. (2001a). The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard*, 15(35), 33-36 34p. doi: 10.7748/ns2001.05.15.35.38.c3027
- Cook, M. J. (2001b). The renaissance of clinical leadership. *International Nursing Review*, 48(1), 38-46. doi: 10.1046/j.1466-7657.2001.00040.x
- Cooper, S., Kinsman, L., Buykx, P., McConnell-Henry, T., Endacott, R., & Scholes, J. (2010). Managing the deteriorating patient in a simulated environment: nursing students' knowledge, skill and situation awareness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2309-2318 2310p. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03164.x
- Costanzo, A. J., Gormley, D. K., Hill-Clark, J., Israel, J., Goetz, J., Staubach, K., ... Little, M. (2019). Leadership development and interprofessional nurse-led Bedside rounding improves nurse leadership self-efficacy. *Nurse Leader*, 17(3), 257-262. doi: 10.1016/j.mnl.2018.10.004
- Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N). (2015). *National competency framework for registered nurses in adult critical care - Step 1 competencies - Version 2*. Critical Care Networks National Nurse Leads - CC3N. Repéré à [https://www.cc3n.org.uk/uploads/9/8/4/2/98425184/01\\_new\\_step\\_1\\_final\\_\\_1\\_.pdf](https://www.cc3n.org.uk/uploads/9/8/4/2/98425184/01_new_step_1_final__1_.pdf)

- Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N). (2016). *National standards for adult critical care nurse education - Core curriculum and competency development for registered nurses in adult critical care*. Repéré à <http://cc3n.org.uk/education-training/4577977309>
- Crofts, L. (2006). A leadership programme for critical care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(4), 220-227. doi: 10.1016/j.iccn.2006.02.001
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P. M., & Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 2014(default), 75-83. doi: 10.2147/JHL.S46161
- Davidson, P. M., Elliott, D., & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 180-187 188p. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00555.x
- Day, D. V., Fleenor, J. W., Atwater, L. E., Sturm, R. E., & McKee, R. A. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 25, 63-82. doi: 10.1016/j.leaqua.2013.11.004
- Deacon, K. S., Baldwin, A., Donnelly, K. A., Freeman, P., Himsforth, A. P., Kinoulty, S. M., ... Witton, N. (2017). The national competency framework for registered nurses in adult critical care: An overview. *Journal Of The Intensive Care Society*, 18(2), 149-156. doi: 10.1177/1751143717691985
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J.-A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 72-78. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.005
- Démeh, 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 886p. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.020
- den Breejen-de Hooge, L. E., van Os-Medendorp, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Is leadership of nurses associated with nurse-reported quality of care? A cross-sectional survey. *Journal of Research in Nursing*, 26(1-2), 118-132. doi : 10.1177/1744987120976176

- Denzin, N. K. (1988). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. (3<sup>e</sup> éd.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Dierckx de Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M., & Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal Of Nursing Management*, 16(6), 753-763. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00930.x
- Doyon, O. (2016). *Rencontre des partenaires de la formation infirmière - comité de la formation des infirmières*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/rencontre\\_formation/2016/presentation-odoyon-comite-formation-inf-2016.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/rencontre_formation/2016/presentation-odoyon-comite-formation-inf-2016.pdf)
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal: Pearson.
- Duchscher, J. E. B. (2007). *Professional role transition into acute-care by newly graduated baccalaureate female registered nurses* (Thèse de doctorat inédite). University of Alberta, Alberta, Canada.
- Duchscher, J. E. B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. doi: 10.3928/00220124-20081001-03
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Dyess, S. M., & Parker, C. G. (2012). Transition support for the newly licensed nurse: a programme that made a difference. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 615-623. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01330.x
- Dyess, S. M., & Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403-410. doi: 10.3928/00220124-20090824-03

- Dyess, S. M., & Sherman, R. O. (2011). Developing the leadership skills of new graduates to influence practice environments: A novice nurse leadership program. *Nursing Administration Quarterly*, 35(4), 313-322. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31822ed1d9
- Ekström, L., & Idvall, E. (2015). Being a team leader: Newly registered nurses relate their experiences. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 75-86. doi: 10.1111/jonm.12085
- Fealy, G. M., McNamara, M. S., Casey, M., Geraghty, R., Butler, M., Halligan, P., ... Johnson, M. (2011). Barriers to clinical leadership development: Findings from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13/14), 2023-2032. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03599.x
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). (2017). *Tendances : absentéisme en raison de la maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public : faits en bref 2017*. Repéré à [https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick\\_Facts\\_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final28fr29.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick_Facts_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final28fr29.pdf)
- Fielden, S. L., Davidson, M. J., & Sutherland, V. J. (2009). Innovations in coaching and mentoring: implications for nurse leadership development. *Health Services Management Research*, 22(2), 92-99. doi: 10.1258/hsmr.2008.008021
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition.). Montréal, Qc : Chenelière éducation.
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25(10), 1229-1245. doi: 10.1080/08870440903194015
- Friedman, M. I., Cooper, A. H., Click, E., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Specialized new graduate RN critical care orientation: Retention and financial impact. *Nursing Economics*, 29(1), 7-14.
- Galuska, L. A. (2012). Cultivating nursing leadership for our envisioned future. *Advances in Nursing Science*, 35(4), 333-345. doi: 10.1097/ANS.0b013e318271d2cd

- Galuska, L. A. (2015). Dedicated education units: Partnerships for building leadership competency. *Journal of Nursing Education*, 54(7), 385-388. doi: 10.3928/01484834-20150617-05
- Gavard-Perret, M.-L., & Aubert, B. A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse (3<sup>e</sup> éd.)*. Montreuil, Fr : Pearson.
- Gill, F. J., Kendrick, T., Davies, H., & Greenwood, M. (2017). A two phase study to revise the Australian Practice Standards for Specialist Critical Care Nurses. *Australian Critical Care*, 30, 173–181. doi: 10.1016/j.aucc.2016.06.001
- 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* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke Québec, Qc. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/14930>
- Goode, C. J., Lynn, M. R., McElroy, D., Bednash, G. D., & Murray, B. (2013). Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 73-79. doi: 10.1097/NNA.0b013e31827f205c
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., & Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 572-578. doi: 10.1016/j.nepr.2015.10.013
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., ... Beaudet-Hilman, G. (2013). *Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers. Rapport de recherche présenté à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Repéré à [https://wp-portail.med.umontreal.ca/cpass/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/Goudreau2013\\_rapport.pdf](https://wp-portail.med.umontreal.ca/cpass/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/Goudreau2013_rapport.pdf)
- Grenier, C. (2018). *Catherine Grenier, infirmière*. Repéré à <http://pocosa.ca/2018/02/08/catherine-grenier-infirmiere/>

- Grindel, C. G. (2016). Clinical leadership: A call to action. *MEDSURG Nursing*, 25, 9-16.
- Grossman, S. (2007). Assisting critical care nurses in acquiring leadership skills: Development of a leadership and management competency checklist. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(2), 57-65.
- Gullick, J., Lin, F., Massey, D., Wilson, L., Greenwood, M., Skylas, K., ... Gill, F. J. (2019). Structures, processes and outcomes of specialist critical care nurse education: An integrative review. *Australian Critical Care*, 32, 331-345. doi: 10.1016/j.aucc.2018.09.007
- Ha, L., & Pepin, J. (2018). Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing T students: A qualitative evaluation. *Nurse Education in Practice*, 32, 37-43. doi: 10.1016/j.nepr.2018.07.005
- Hama, T., Takai, Y., Noguchi-Watanabe, M., Yamahana, R., Igarashi, A., & Yamamoto-Mitani, N. (2019). Clinical practice and work-related burden among second career nurses: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3288-3298. doi: 10.1111/jocn.14906
- Harper, J. (1995). Clinical leadership - Bridging theory and practice. *Nurse Educator*, 20(3), 11-12.
- Hart, P. L., Spiva, L., Baio, P., Huff, B., Whitfield, D., Law, T., ... Mendoza, I. G. (2014). Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19/20), 2769-2778. doi: 10.1111/jocn.12523
- Hartley, J., & Hinksman, B. (2003). *Leadership development: A systematic review of the literature*. National Health Services (NHS). Repéré à <http://www.nursingleadership.org.uk/publications/Systematic%20Review%20-%20Warwick.pdf>
- Hasson, F., McKenna, H. P., & Keeney, S. (2013). Delegating and supervising unregistered professionals: The student nurse experience. *Nurse Education Today*, 33(3), 229-235. doi: 10.1016/j.nedt.2012.02.008 C2 - 22405341

- Health Services Executive (HSE). (2010). *National nursing and midwifery clinical leadership development needs analysis - HSE executive report*. Irelande, Dublin. Repéré à <https://www.choiceforum.org/docs/clinicaldes.pdf>
- Hoffart, N., Waddell, A., & Young, M. B. (2011). A model of new nurse transition. *Journal of Professional Nursing*, 27(6), 334-343. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.04.011
- Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Le personnel infirmier réglementé, 2017 - points saillants nationaux, provinciaux et territoriaux*. Repéré à <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/regulated-nurses-2017-pt-highlights-fr-web.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018a). *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_Unité\\_soins\\_intensifs.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Unité_soins_intensifs.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018b). *Guide et normes - indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec*. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS\\_Indicateurs\\_soins\\_intensifs.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Indicateurs_soins_intensifs.pdf)
- Intensive Care Society (ICS). (2013). *Core standards for intensive care units*. Repéré à [http://www.ics.ac.uk/ICS/Guidelines\\_\\_\\_Standards/ICS/guidelines-and-standards.aspx?hkey=4ed20a1c-1ff8-46e0-b48e-732f1f4a90e2](http://www.ics.ac.uk/ICS/Guidelines___Standards/ICS/guidelines-and-standards.aspx?hkey=4ed20a1c-1ff8-46e0-b48e-732f1f4a90e2)
- Jefferson, T., Klass, D., Lord, L., Nowak, M., & Thomas, G. (2014). Context and the leadership experiences and perceptions of professionals: a review of the nursing profession. *Journal Of Health Organization And Management*, 28(6), 811-829.
- Johnson, M., Hamilton, M., Delaney, B., & Pennington, N. (2011). Development of team skills in novice nurses through an athletic coaching model. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(4), 185-189. doi: 10.1016/j.teln.2011.05.005
- Kaddoura, M. A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(11), 506-516. doi: 10.3928/00220124-20100701-02

- Kelly, D. M., Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2014). Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. *Critical Care Medicine*, *42*(5), 1089-1095. doi: 10.1097/CCM.000000000000127
- Khan, N., Jackson, D., Stayt, L., & Walthall, H. (2018). Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings. *Nursing in critical care*, *24*(1), 24-32. doi: 10.1111/nicc.12348
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A., & Doran, D. M. (2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(1), 205–217. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06046.x
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., & Doran, D. M. (2012). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(7), 1504– 1515. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05895.x
- Kilpatrick, K., Paquette, L., Jabbour, M., Tchouaket, E., Fernandez, N., Al Hakim, G., ... Dubois, C.-A. (2020). Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and improve functioning in healthcare teams. *PLoS ONE*, *15*(6), e0234416. doi: 10.1371/journal.pone.0234416
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, *40*, 23–42. doi: 10.1002/nur.21768
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (2010). The truth about leadership. The no-fads, heart-of-the-matter facts you need to know. *Business Book Summaries*.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St-Louis, MI: Mosby Elsevier.
- Kramer, M., Maguire, P., Halfer, D., Brewer, B., & Schmalenberg, C. (2011). Impact of residency programs on professional socialization of newly licensed registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*, *35*(4), 459-496. doi: 10.1177/0193945911415555

- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Halfer, D., Budin, W. C., Hall, D. S., ... Lemke, J. (2012). Components and strategies of nurse residency programs effective in new graduate socialization. *Western Journal of Nursing Research*, 35(5), 566-589. doi: 10.1177/0193945912459809
- Langlois, P. E., Lauzier, M., Marleau, D., & Leprohon, J. (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*. Canada, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/376MA\\_memoire-releve.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/376MA_memoire-releve.pdf)
- Lapidus-Graham, J. (2012). The lived experience of participation in student nursing associations and leadership behaviors: A phenomenological study. *Journal of the New York State Nurses Association*, 43(1), 4-12.
- Larivière, N., & Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: Personal factors and organizational factors. *Recherche en Soins Infirmiers*, (112), 76-87.
- Laschinger, H. K. S., & Read, E. A. (2016). The effect of authentic leadership, person-Job fit, and civility norms on new graduate nurses' experiences of coworker incivility and burnout. *Journal of Nursing Administration*, 46(11), 574-580. doi: 10.1097/NNA.0000000000000407
- Lavoie-Tremblay, M., Sanzone, L., Primeau, G., & Lavigne, G. L. (2018). Group mentorship programme for graduating nursing students to facilitate their transition: A pilot study. *Journal of nursing management*, 27(1), 66-74. doi: 10.1111/jonm.12649
- Lavoie, P., Cossette, S., & Pepin, J. (2016). Testing nursing students' clinical judgment in a patient deterioration simulation scenario: Development of a situation awareness instrument. *Nurse Education Today*, 38, 61-67. doi: 10.1016/j.nedt.2015.12.015
- Lavoie, P., Pepin, J., & Cossette, S. (2015). Development of a post-simulation debriefing intervention to prepare nurses and nursing students to care for deteriorating patients. *Nurse Education in Practice*, 15(3), 181-191. doi: 10.1016/j.nepr.2015.01.006

- Lea, J., & Cruickshank, M. (2014). The support needs of new graduate nurses making the transition to rural nursing practice in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7/8), 948-960. doi: 10.1111/jocn.12720
- Leigh, J. A., Littlewood, L., & Lyons, G. (2019). Reflection on creating a coaching approach to student nurse clinical leadership development. *British Journal of Nursing*, 28(17), 1124-1128. doi: 10.12968/bjon.2019.28.17.1124
- Lemay, C., & Desrochers, A. (2016). *Si l'examen m'était conté... Espace étudiant - Congrès 2016*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/conference-examen-professionnel-2016.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/conference-examen-professionnel-2016.pdf)
- Leprohon, J., Lessard, L.-M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales*. Canada, Qc: Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/mosaïque-des-compétences-cliniques-de-linfirmière-compétences-initiales>
- Lett, M. (2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12(1), 16-21. doi: 10.5172/conu.12.1.16
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y., Noble, D., Norton, C. A., ... Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Education Today*, 30(6), 515-520. doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.020
- Liang, H.-F., Lin, C.-C., & Wu, K.-M. (2018). Breaking through the dilemma of whether to continue nursing: Newly graduated nurses' experiences of work challenges. *Nurse Education Today*, 67, 72-76. doi: 10.1016/j.nedt.2018.04.025
- Linton, J., & Farrell, M. J. (2009). Nurses' perceptions of leadership in an adult intensive care unit: a phenomenology study. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal Of The British Association Of Critical Care Nurses*, 25(2), 64-71. doi: 10.1016/j.iccn.2008.11.003

- Long, P. W., & Spurgeon, P. C. (2012). Embedding leadership into regulatory, educational and professional standards. *International Journal of Clinical Leadership*, 17(4), 245-250 246p.
- Long, P. W., Loble, K., Spurgeon, P. C., Clark, J. C., Balderson, S., & Lonetto, T. M. (2011). The CLCF: developing leadership capacity and capability in the clinical professions. *International Journal of Clinical Leadership*, 17(2), 111-118 118p.
- 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
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2015). Grace under fire: Aesthetic leadership in clinical nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2649-2658. doi: 10.1111/jocn.12883
- Marleau, D. (2020). *Données sur les infirmières et infirmiers déclarant exercer en soins intensifs - OIIQ*. Communications personnelles (28 août 2020.)
- Marshall, A. P., West, S. H., & Aitken, L. M. (2013). Clinical credibility and trustworthiness are key characteristics used to identify colleagues from whom to seek information. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1424-1433. doi: 10.1111/jocn.12070
- Massey, D., Chaboyer, W., & Anderson, V. (2016). What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 4(1), 6-23. doi: 10.1002/nop2.53
- McCarthy, V. J. C., Murphy, A., Savage, E., Hegarty, J., Coffey, A., Leahy-Warren, P., ... Drennan, J. (2019). Perceived importance and performance of clinical leadership in practice: A cross-sectional study of nurses and midwives of all grades. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1738-1746. doi: 10.1111/jonm.12867
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2018). *Theoretical basis for nursing. (5e ed.) (3e)*. Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health.
- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., ... Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary

- contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3502-3512. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03719.x
- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., O'Connor, T., Patton, D., Doyle, L., & Quinlan, C. (2014). Mentoring, coaching and action learning: Interventions in a national clinical leadership development programme. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17/18), 2533-2541 2539p. doi: 10.1111/jocn.12461
- Middleton, R. (2013). Active learning and leadership in an undergraduate curriculum: How effective is it for student learning and transition to practice? *Nurse Education In Practice*, 13(2), 83-88. doi: 10.1016/j.nepr.2012.07.012
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook (3<sup>e</sup> éd.)*. Los Angeles: Los Angeles : SAGE Publications, Inc.
- Milhomme, D. (2016). *Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes en contexte de soins critiques : une explication théorique* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, Qc.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2008). *Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*. Canada, Qc: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2011). *Programme de soutien clinique – Volet préceptorat*. Québec, QC. Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/fe2f17298e865c9b85257952004a36b9/eab9d19d2dc3c7f98525784e00599a7f/\\$FILE/2011-009\\_Circulaire%20\(2011-03-08\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/fe2f17298e865c9b85257952004a36b9/eab9d19d2dc3c7f98525784e00599a7f/$FILE/2011-009_Circulaire%20(2011-03-08).pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2012). *Répertoire des guides de planification immobilière - Centres hospitaliers de soins de courte durée - Unité de soins critiques (USC)*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000497/>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2020). I-8, r. 2 - *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%202/>

- Morris, L. L., Pfeifer, P. B., Catalano, R., Fortney, R., Hilton, E. L., McLaughlin, J., ... Goldstein, L. (2007). Designing a comprehensive model for critical care orientation. *Critical Care Nurse*, 27(6), 37-60.
- Morrison, A. M., & Catanzaro, A. M. (2010). High-fidelity simulation and emergency preparedness. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 27(2), 164-173. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00838.x
- National Health Services Leadership Academy (NHS Leadership Academy). (2011). *Clinical Leadership Competency Framework*.: NHS Institute for Innovation and Improvement. Repéré à <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>
- National Health Services Leadership Academy (NHS Leadership Academy). (2012). *Clinical Leadership Competency Framework Self assessment tool*. NHS Institute for Innovation and Improvement. Repéré à <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Framework-LeadershipFrameworkSelfAssessmentTool.pdf>
- National Health Services Leadership Academy (NHS Leadership Academy). (2014). *Healthcare Leadership Model. The nine dimensions of leadership behaviour*. Repéré à <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf>
- National Health Services Scotland (NHS Scotland). (2014). *NHS Scotland Leadership Qualities Framework*. Repéré à [https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3399300/scottish\\_leadership\\_qualities\\_framework\\_-\\_guidance\\_notes\\_july\\_2014\\_-\\_copy.pdf](https://www.nes.scot.nhs.uk/media/3399300/scottish_leadership_qualities_framework_-_guidance_notes_july_2014_-_copy.pdf)
- Nematollahi, R., & Isaac, J. P. (2012). Bridging the theory practice gap: a review of Graduate Nurse Program (GNP) in Dubai, United Arab Emirates. *International Nursing Review*, 59(2), 194-199. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00949.x
- O'Kane, C. E. (2011). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00473.x

- Olson-Sitki, K., Wendler, M. C., & Forbes, G. (2012). Evaluating the impact of a nurse residency program for newly graduated registered nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(4), 156-162. doi: 10.1097/NND.0b013e31825dfb4c
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière*. Canada, Qc : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/252\\_recommandations\\_stages\\_cliniques\\_vf2.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation - Mémoire*. Canada, Qc : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/la-releve-infirmiere-du-quebec-une-profession-une-formation-memoire>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1471865/oiiq-nouveau-reglement-mai-2016.pdf/45b5fbcd-487b-756d-984f-26ae1e7a8def?version=1.0>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). *Communiqué de presse - L'OIIQ s'inquiète de la sécurité des soins infirmiers*. Repéré à <https://www.oiiq.org/l-oiiq-s-inquiete-de-la-securite-des-soins-infirmiers1>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2020a). *Portrait de la relève infirmière 2019-2020*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Portrait-releve-2019-2020.pdf/e49a3fda-152c-7f5f-2e8c-b19908f2ae88>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2020b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 : le Québec et ses régions*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf/7f34c877-1330-355d-43d2-f3737389e173>
- Paquette, L., & Kilpatrick, K. (2021). L'autonomie décisionnelle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, (143), 76-91. doi: 10.3917/rsi.143.0076.

- Paquette, L., Saint-Pierre, C., & Mayrand Leclerc, M. (2018). Étude phénoménologique descriptive sur l'expérience du prendre soin dans un environnement de soins intensifs selon la perspective d'infirmières nouvellement diplômées. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 4(4), e223-e235. doi: 10.1016/j.refiri.2018.10.003
- Paterson, K., Henderson, A., & Trivella, A. (2010). Educating for leadership: a programme designed to build a responsive health care culture. *Journal Of Nursing Management*, 18(1), 78-83. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01065.x
- Patrick, A. W., 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., & Myrick, F. (2016). Preparing nurses as leaders: How far have we come? / Former les infirmières au leadership : où en sommes-nous? *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 2(2). doi: 10.17483/2368-6669.1105
- 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. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Perron, A. (2016). Élaboration et l'évaluation de l'implantation d'un programme de formation pour les infirmières novices à l'unité des soins intensifs (Mémoire de maîtrise inédite). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Qc.
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014a). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 4-20. doi: 10.1111/jan.12195
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014b). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1142-1152. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001
- Phaneuf, M. (2014). Relève infirmière - lorsque les exigences du travail viennent briser les rêves. *Prendre Soins*.

- Pullen, M. L. (2003). Developing clinical leadership skills in student nurses. *Nurse Education Today*, 23(1), 34-39 36p. doi: 10.1016/S0260-6917(02)00161-2
- Purling, A., & King, L. (2012). A literature review: Graduate nurses' preparedness for recognising and responding to the deteriorating patient. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3451-3465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04348.x
- Quirke, S., Coombs, M., & McEldowney, R. (2011). Suboptimal care of the acutely unwell ward patient: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 67(8), 1834-1845. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05664.x
- Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ). (2017). *Règlements du RIISIQ*. Repéré à [http://www.riisiq.qc.ca/assets/Documents/files/AGA/AGA\\_2017/Reglements\\_RIISIQ\\_mars\\_2017.pdf](http://www.riisiq.qc.ca/assets/Documents/files/AGA/AGA_2017/Reglements_RIISIQ_mars_2017.pdf)
- Roy, J., & Robichaud, F. (2017). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, N 127(4), 82-90. doi: 10.3917/rsi.127.0082
- Saghafi, F., Hardy, J., & Hillege, S. (2012). New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 42(1), 20-27. doi: 10.5172/conu.2012.42.1.20
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27-37.
- Sandelowski, M. (1995a). Focus on qualitative methods. Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing & Health*, 18(4), 371-375.
- Sandelowski, M. (1995b). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179-183. doi: 10.1002/nur.4770180211
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: doi:10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G

- Sandelowski, M. (2004). Using qualitative research. *Qualitative Health Research, 14*(10), 1366-1386. doi: 10.1177/1049732304269672
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health, 33*, 77-84. doi: doi:10.1002/nur.20362
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing usable qualitative health research findings. *Qualitative Health Research, 22*(10), 1404-1413. doi: 10.1177/1049732312450368
- Scott, S. D., Estabrooks, C. A., Allen, M., & Pollock, C. (2008). A context of uncertainty: How context shapes nurses' research utilization behaviors. *Qualitative Health Research, 18*(3), 347-357. doi: 10.1177/1049732307313354
- Sharpnack, P. A., Goliat, L., Baker, J. R., Rogers, K., & Shockey, P. (2013). Thinking like a nurse: Using video simulation to rehearse for professional practice. *Clinical Simulation in Nursing, 9*(12), 571-577. doi: 10.1016/j.ecns.2013.05.004
- Sherman, R. O., & Dyess, S. (2010). New graduate transition into practice during turbulent economic times. *Journal of Nursing Education, 49*(7), 367-368. doi: 10.3928/01484834-20100621-01
- Siebens, K., Dierckx deCasterlé, B., Abraham, I., Dierckx, K., Braes, T., Darras, E., ... Milisen, K. (2006). The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(1), 71-82. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.04.004
- Stake-Doucet, N. (2018a). *À bout mais debout*. Repéré à <http://pocosa.ca/2018/01/31/a-bout-mais-debout-une-lettre-circule/>
- Stake-Doucet, N. (2018b). *Les états généraux des soins : quelque chose s'est passé, d'à la fois vague et vrai*. Repéré à <http://pocosa.ca/2018/04/30/les-etats-generaux-des-soins-quelque-chose-sest-passe-da-la-fois-vague-et-vrai/>
- Standing M. (2007). Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to registered nurse: A longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell), 60*(3), 257-269.

- Stanley, D. (2006a). Clinical leadership. Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, *15*(2), 108-111 104p. doi: 10.12968/bjon.2006.15.2.20373
- Stanley, D. (2006b). In command of care: Clinical nurse leadership explored. *Journal of Research in Nursing*, *11*(1), 20-39.
- Stanley, D. (2006c). In command of care: Toward the theory of congruent leadership...Second of two papers. *Journal of Research in Nursing*, *11*(2), 132-144. doi: 10.1177/1744987106059459
- Stanley, D. (2008). Congruent leadership: Values in action. *Journal Of Nursing Management*, *16*(5), 519-524. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00895.x
- Stanley, D. (2012). Clinical leadership and innovation. *Journal of Nursing Education and Practice*, *2*(2), 119-126. doi: 10.5430/jnep.v2n2p119
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of clinical nursing*, *27*(9-10), 1730–1743. doi: 10.1111/jocn.14145
- Streubert, H. S., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative* (5<sup>e</sup> éd.). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Supamane, T., Krairiksh, M., Singhakumfu, L., & Turale, S. (2011). Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing & Health Sciences*, *13*(4), 433-439. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00649.x
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., & Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, *25*(4), 273-280.
- Thompson, C., Dalglish, L., Bucknall, T., Estabrooks, C., Hutchinson, A. M., Fraser, K., ... Saunders, J. (2008). The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions: A signal detection analysis. *Nursing Research*, *57*(5), 302-311. doi: 10.1097/01.NNR.0000313504.37970.f9

- Thornton Bacon, C., Shrestha, S., & Jenkins, M. (2019). Nurses' participation in clinical and administrative decisions in different types of hospital units. *Journal of Nursing Administration, 49*(3), 163-170. doi: 10.1097/NNA.0000000000000731
- Tregunno, D., Jeffs, L., Hall, L. M., Baker, R., Doran, D., & Bassett, S. B. (2009). On the ball: Leadership for patient safety and learning in critical care. *Journal of Nursing Administration, 39*(7/8), 334-339 336p. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181ae9653
- Trepanier, S., Mainous, R., Africa, L., & Shinnors, J. (2017). Nursing academic–practice partnership: The effectiveness of implementing an early residency program for nursing students. *Nurse Leader, 15*(1), 35-39. doi: 10.1016/j.mnl.2016.07.010
- Ulrich, B., Krozek, C., Early, S., Ashlock, C. H., Africa, L. M., & Carman, M. L. (2010). Improving retention, confidence, and competence of new graduate nurses: Results from a 10-year longitudinal database. *Nursing Economic\$, 28*(6), 363-375.
- Utley-Smith, Q. (2004). 5 competencies needed by new baccalaureate graduates. *Nursing Education Perspectives, 25*(4), 166-170.
- Victor-Schmil, J. (2013). Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment: Differential diagnosis. *Nurse Educator, 38*(1), 34-36. doi: 10.1097/NNE.0b013e318276dfbe
- Vilela, P. F., & de Souza, Â. C. (2010). Leadership: A challenge for recently graduated nurses. *Revista Enfermagem UERJ, 18*(4), 591-597 597p.
- Welding, N. M. (2011). Creating a nursing residency: Decrease turnover and increase clinical competence. *MEDSURG Nursing, 20*(1), 37-40.
- Williams, B., Spiers, J., Fisk, A., Richards, L., Gibson, B., Kabotoff, W., ... Sculley, A. (2012). The influence of an undergraduate problem/context based learning program on evolving professional nursing graduate practice. *Nurse Education Today, 32*(4), 417-421 415p. doi: 10.1016/j.nedt.2011.03.002
- Won, H. (2015). Clinical leadership of staff nurse: A phenomenology study. *Indian Journal of Science and Technology, 8*(26), 1-5. doi: 10.17485/ijst/2015/v8i26/80217

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*, 709–724. doi: 10.1111/jonm.12116

## **Appendice A**

Fiches de lecture critique

Tableau 2

*Fiches de lecture critique par thème retenu*

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
<i>Définition théorique du leadership clinique des infirmières soignantes</i>				
Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC) (2009) Canada	Prise de position de l'Association sur le leadership infirmier	S.O.	S.O.	Nécessaire de développer le leadership dès la formation initiale. Le leadership est un mariage entre des techniques innées et acquises qu'il faut peaufiner. Les stratégies doivent être adaptées selon la génération de travailleurs visée. Leadership doit être présent à tous les niveaux de l'étudiante à la directrice, incluant le milieu de l'éducation.
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) (2013) Canada, Ontario	Lignes directrices sur le maintien et le développement du leadership infirmier	S.O.	Modèle théorique basé sur les données probantes	Le leadership s'exerce dans des rôles officiels, mais aussi officieux. Il permet de créer des milieux de travail sain qui permet d'améliorer l'expérience et les résultats chez les usagers.  Pour les nouveaux diplômés, le leadership permet d'apprendre comment déléguer des tâches et superviser les autres membres de l'équipe soignante.  Décrit un modèle conceptuel permettant de mettre en place une culture de leadership à tous les niveaux hiérarchiques. Comprends les éléments physiques, organisationnels et politiques, ensuite les éléments cognitifs,

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>psychologiques, sociologiques et cultures et enfin, les éléments professionnels.</p> <p>Ces lignes directrices ne permettent pas d'émettre des obligations de l'Ordre vers les établissements de santé, elles sont qu'un plan suggéré. C'est donc aux organisations d'y adhérer ou non et d'implanter le modèle dans leurs installations.</p>
Chávez & Yoder (2014). États-Unis	Analyse du concept sur le leadership clinique de l'infirmière soignante, caractéristiques	S.O.	Revue de littérature	<p>Les antécédents de LC de l'IS :</p> <p>La collaboration interprofessionnelle dans l'équipe soignante</p> <p>Compétences professionnelles (Intégration efficace des connaissances, habiletés individuelles et le jugement) sont les fondations permettant le développement des qualités professionnelles d'un leader clinique.</p> <p>La structure de l'organisation permettant l'autonomisation de l'infirmière soignante</p> <p>Les caractéristiques d'une IS leader clinique :</p> <p>Habiletés cliniques</p> <p>Communication efficace</p> <p>Relation de coordination et collaboration</p> <p>Habileté à créer de façon innovante</p> <p>Habileté à produire un changement</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>Les conséquences du LC pour la personne, l'IS l'équipe soignante et le système :</p> <p>Faciliter l'accomplissement d'objectifs communs au niveau individuel ou de l'équipe soignante</p> <p>Amélioration du processus dans l'équipe soignante</p> <p>Efficacité de l'équipe soignante (coordination des tâches et des relations, communication au bon moment, demandes précise et appropriée)</p> <p>Meilleure qualité de l'environnement de travail, satisfaction et implication au travail.</p>
Cook (2001a). Angleterre	Quelles sont les particularités d'une infirmière leader clinique	4 infirmières responsables de leur unité de soins	Qualitatif Théorisation ancrée Observation et entrevues	<p>5 caractéristiques : 1 – mise en évidence : voir ce qu'il y a de nouveau dans ce qui peut être pris pour acquis – découvrir. 2 – respecter : comprendre les limites individuelles et organisationnelles et agir en conséquence – valeurs. 3 – influencer : les autres par l'entremise d'informations significatives, aide les autres à voir une situation sous un nouvel angle - encourage les autres, leur redonne leur pouvoir. 4 – Créativité : utiliser pour générer de nouvelles façons de faire le travail à accomplir, questionner le statu quo – avoir une vue d'ensemble (nécessite d'avoir de la confiance en soi et de l'énergie). 5 – Soutien : les autres dans l'application des changements. Peut être au niveau individuel (modifier leur attitude) ou organisationnel.</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Cook (2001b). Angleterre	Définir le leadership clinique de l'infirmière soignante	S.O.	Revue de la littérature	<p>Définition du leadership clinique.</p> <p>Le leadership clinique est une sous-catégorie du leadership transformationnel.</p> <p>Manque de préparation des infirmières à exercer un rôle de leader. Nécessiter d'exposer les personnes intéressées à des expériences où elles peuvent exercer leur leadership. Meilleure préparation est primordiale.</p>
Davidson, Elliott, & Daly (2006). Australie	Décrire et définir le leadership clinique et établir les barrières et les facilitateurs du leadership clinique	S.O.	Revue de la littérature	<p>Caractéristiques d'un leader clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Expert clinique</li> <li>Centré sur l'utilisateur</li> <li>Vision</li> <li>Endurance</li> <li>Innovation</li> <li>Dynamisme</li> <li>Confiance en soi</li> <li>Altruiste</li> <li>Affirmation de soi</li> <li>Collaboration interprofessionnelle</li> </ul> <p>Barrières et facilitateurs :</p> <p>Le leader à la tête de l'organisation doit offrir des conditions pour que les leaders puissent se développer sans en prendre le crédit</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>Participation de l'infirmière à la prise de décision</p> <p>Politique favorisant la pratique autonome infirmière (infirmière praticienne)</p> <p>Soins centrés sur l'utilisateur où celui-ci est partie prenante de ses soins</p> <p>Collaboration interprofessionnelle (soins ambulatoires et maladies chroniques)</p> <p>Opportunité, éducation, recherche, soutien en lien avec l'acquisition du leadership</p> <p>Ambiguïté de rôle, conflit de rôle</p> <p>Stratégie pour promouvoir le leadership clinique</p>
Galuska (2012). États-Unis	Établir les facteurs facilitants et contraignants le développement du leadership clinique de l'infirmière	S.O.	Métasynthèse d'études qualitatives, revue de littérature scientifique	<p>Culture organisationnelle et structure encourageant/ offrant des opportunités de développement, facteurs relationnels.</p> <p>Acceptation culturelle d'action négatif, restriction budgétaire et le manque de personnel, manque de temps développement du leadership, prendre le temps de réfléchir sur ses expériences passées.</p>
Grindel (2016). États-Unis	Description des connaissances et des compétences nécessaires pour exercer un bon leadership	S.O.	Opinion Position de l'Academy of Medical-Surgical Nurses	<p>Connaissances :</p> <p>Des meilleures pratiques cliniques : les fondements d'une qualité de soins, les objectifs nationaux de sécurité des usagers, évaluation de la satisfaction des usagers envers les fournisseurs de soins et le système de santé, la variation des pratiques (accessibilité, continuité de soins,</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance (2009). Pour l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) Canada, Québec	Modèle relation des de la compétence infirmière	S.O.	Élaboré en 1999 et revue en 2009 (pas d'autre version plus récente)	<p>lacune dans la culture organisationnelle sur l'implantation des bonnes pratiques), l'accès aux meilleures pratiques (processus long).</p> <p>Environnement de pratique : Système hospitalier, les coûts des services de soins, environnement d'exercice sain</p> <p>Compétences :</p> <p>Expertise clinique</p> <p>Intelligence émotionnelle</p> <p>Les 3 C : communication, collaboration, coordination</p> <p>Essentiel de savoir appliquer les connaissances génériques acquises durant la formation initiale au contexte de l'usager et à la situation de soins rencontrés.</p> <p>La pratique infirmière c'est « l'utilisation des connaissances provenant d'un champ de savoir (composante fonctionnelle : connaissances scientifiques, relationnelles, éthiques, déontologiques, juridiques, organisationnelles et opérationnelles) pour la réalisation d'un élément d'exercice lié à une dimension professionnelle (composante professionnelle : évaluation clinique, les interventions cliniques et la continuité des soins) dans une situation clinique donnée (composante contextuelle : la situation de soins, les pathologies, les examens diagnostics ou</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>traitements médicaux et chirurgicaux qui sont particuliers au contexte de santé de cet usager) ». Bien que ces 3 grandes composantes soient déterminées de façon générique, il est essentiel de comprendre que ces compétences sont interreliées et ne peuvent être considérées individuellement modélisant ainsi les compétences essentielles de la pratique infirmière.</p> <p>Pas de compétences de leadership clairement nommées. Certaines compétences sous-entendent des attentes de leadership, mais pas spécifiquement déterminées.</p>
Lett (2002). Australie	Définir le concept de leadership clinique	S.O.	Analyse de concept	<p>Définition selon Harper (1995) : quelqu'un qui possède une spécialité dans un domaine d'exercice et qui utilise ses compétences interpersonnelles pour permettre aux infirmières et autres fournisseurs de soins de santé à offrir des soins de qualité aux usagers. Elle s'implique dans le processus afin de diriger le groupe en renforçant la coopération des différents membres, la motivation et la prise de décision au sein du groupe.</p> <p>Combinaison d'expertise et de compétences de communication qui favorise l'initiation et la réciprocité pas les autres collègues. Pas une position administrative ou hiérarchique. Pas synonyme de gestion.</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Mannix, Wilkes, & Daly (2013). Australie	Définir les caractéristiques du leadership clinique	S.O.	Revue de littérature	<p>Même si les infirmières soignantes ne veulent pas toutes être des leaders, elles doivent toutefois agir d'experte, comme modèle de rôle, d'enseignante et d'advocacy.</p> <p>Caractéristique clinique du leader :</p> <p>Compétences cliniques pratiques spécifiques (pratique avancée, enseignement aux usagers, coordination émettre des objectifs, prise de décision. Résolution de problème)</p> <p>Connaissances spécifiques des experts (clinique, leadership et gestion, générale)</p> <p>Utilisation rationnelle des meilleures pratiques</p> <p>Compétence de pensée systématique, critique, circonspecte.</p> <p>Caractéristiques du leader envers les autres membres de l'équipe :</p> <p>Compétence de communication efficace</p> <p>Modèle de rôle</p> <p>Soutien les collègues</p> <p>Guide l'équipe dans l'acquisition de l'autonomie</p> <p>Caractéristiques personnelles du leader :</p> <p>Attitude positive envers la profession</p> <p>Pratique réflexive engagée</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				Guide le changement et propose différentes approches contestant le statu quo Différentes caractéristiques personnelles
NHS Leadership Academie (2011) Royaume-Uni	Modèle de leadership clinique		Basé sur une consultation nationale 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 + une recension des écrits volumineuse.	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 Leadership Academy, 2011). Fournit une approche appliquée pour le développement du leadership clinique. 5 domaines : 1 - Démontrer des qualités personnelles (développer la conscience de soi, autonomie, développement personnel continu, intégrité dans les actions). 2 - Travailler avec les autres (développer un réseau, travailler au sein d'équipes, souligner la contribution de chacun, maintenir de bonnes relations). 3 - Gérer les services (planification, gestion des ressources, gestion des personnes, gestion de la performance). 4 - Améliorer les services (assurer la sécurité des patients, procéder à l'évaluation critique et clinique, encourager l'amélioration et l'innovation, faciliter la transformation). 5 - Donner des orientations (prendre des décisions, évaluer l'impact, identifier le contexte propice aux changements, appliquer les connaissances et les données probantes).

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Patrick, Laschinger, Wong, & Finegan (2011). Canada	Valider outils de mesure : Inventaire des pratiques du leadership de Kouzes et Posner (1988), le Questionnaire des Conditions de l'efficacité au travail II (CWEQ-II) et L'Inventaire des pratiques du leadership clinique (CLS)	480 infirmières soins aigus, moyenne d'âge de 44.9 ans, 20.2 ans d'expérience, 26,9 % Bac, 64,4 % temps plein, 80,3 % expérience de préceptorat, 19,9 % USI, 11,8 % urgence.	Quantitatif descriptif et corrélational	Validation de l'adaptation de l'outil d'inventaire des pratiques du leadership à l'évaluation des pratiques du leadership clinique (CLS) : besoin de poursuivre l'ajustement du questionnaire.
Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha (2011). Canada	Description d'un modèle de leadership clinique infirmier	53 étudiantes, infirmières de différent niveau d'expérience entre 11 mois et 34 ans.	Qualitatif phénoménologique  Entrevue individuelle semi-structurée	5 niveaux du développement cognitif du leadership clinique :  Sensibilisation au leadership clinique en soins infirmiers (étudiant)  Reconnaître les caractéristiques et les actions  Se positionner sur la voie du LC  Réaliser que je peux être un leader parfois et que je peux influencer l'usager et sa famille

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>Partager ses connaissances et aider ses collègues</p> <p>Intégration du leadership clinique dans mes actions</p> <p>S'exprimer avec plus de confiance et être impliqué</p> <p>Communiquer des informations factuelles aux autres professionnels de façon constructive</p> <p>Reconnaître et admettre mes limites et mes forces</p> <p>Identifier un modèle de rôle</p> <p>Leadership actif avec patient / famille, parfois avec des collègues</p> <p>Prendre l'initiative dans la situation de l'utilisateur et sa famille</p> <p>Initier la collaboration pour les soins de qualité centrés sur l'utilisateur</p> <p>Agir comme un modèle de rôle</p> <p>Identifier mon style de leadership</p> <p>Prendre les mesures nécessaires pour développer mes propres compétences</p> <p>Leadership actif avec l'équipe</p> <p>Mobiliser l'équipe</p> <p>Agir comme une personne-ressource</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Stanley (2006a). Angleterre	Conceptualisation, caractéristiques et définition du LC	Questionnaire $n = 188$ (22,6 %) Entrevue avec professionnels de la santé de 4 unités de soins généraux et	Qualitatif Théorisation ancrée Questionnaire et 2 entrevues	<p>Explorer les possibilités en requestionnant les voies établies</p> <p>Appliquer des solutions aux problèmes négligés</p> <p>Adapter mon style de leadership selon le contexte</p> <p>Leadership clinique intégré s'est étendu au niveau organisationnel et au-delà</p> <p>Prendre part aux prises de décision organisationnelle</p> <p>Mener des changements et proposer différentes approches en partant du statu quo</p> <p>Anticiper les problèmes et travailler à les prévenir</p> <p>Gérer les conflits</p> <p>Agir comme un mentor</p> <p>Leader clinique de reconnu par : compétences cliniques, connaissances cliniques, communication efficace, prise de décision (passe à l'action), rendent les gens autonomes et les motive, ouvert et approchable, modèle de rôle, visible (impliqué).</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
		spécialisés ( $n = 42$ ) Entrevue avec leaders cliniques identifiés par les pairs ( $n = 8$ ) Observation des unités citées ci-haut		
Stanley (2006b). Angleterre	Conceptualisation, caractéristiques et définition du LC des infirmières	Questionnaire $n = 188$ (22,6 %) Entrevue # 1 professionnels de la santé de 4 unités de soins généraux et spécialisés ( $n = 42$ ) Entrevue #2 avec leaders cliniques	Qualitatif Théorisation ancrée Questionnaire, 2 étapes d'entrevue et observation	Un leader clinique est reconnu par ses pairs, car la majorité de leur rôle est d'être impliqué auprès des usagers. Ceci permet donc au collègue de constater que le leader clinique agit selon ses croyances et ses valeurs. Ils sont à tous les niveaux hiérarchiques pas seulement dans un rôle formel, un statut ou une position hiérarchique stratégique. Le LC semble étroitement lié à ce que le leader clinique fait et son engagement envers l'offre d'une prestation de soins de haute qualité, pas seulement sur la base de leurs connaissances. Les leaders cliniques identifiés par les pairs, qui ont fait des cours sur le sujet ( $n = 3/8$ ), ne minimisent pas l'impact de ces connaissances acquises sur leur leadership, au même titre que

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
		identifiés par les pairs ( $n = 8 : 2$ de chaque unité) Observation des unités citées ci-haut		leur orientation dans leur rôle. Toutefois, leur LC proviendrait plutôt de leur expérience.  Les caractéristiques d'un leader clinique : compétences cliniques, connaissances cliniques, communication efficace, prends des décisions, autonomisation et motivateur, ouvert et accessible, modèle de rôle, visible et disponible.
Stanley (2006c). Angleterre	Différenciation entre les caractéristiques du gestionnaire et du leader	S.O.	Revue de littérature	Conflit de valeurs entre les valeurs professionnelles (rôle clinique) et les valeurs organisationnelles (rôle gestion) lorsque les infirmières accèdent à un rôle d'ASI.  (Kotter, 1990) : Gestion = planifier, contrôler, placer une structure et un système appropriés en place/ Leader = guider, donner la direction, motiver, inspirer, crédibilité, adopter une position visionnaire, anticiper le changement, s'adapter au changement.  (Zaleznik, 1977) : Leader = centrer sur la personne et la signification/ Gestion = évite l'implication émotionnelle malgré qu'il aime travailler avec les autres.
Stanley (2008). Angleterre	Discussion et regard critique sur la théorisation du LC	S.O.	S.O.	L'importance du leadership de l'IS est sous-évaluée et largement non reconnue puisque le statut ou la position est inférieur que celle du gestionnaire, de l'enseignant ou de la politique.

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				La définition du leadership transformationnel serait inadéquate pour aider l'IS à comprendre et développer les habiletés nécessaires de leadership. Le leadership congruent permet de recentrer le rôle de l'IS sur le rôle attendu (centré sur l'utilisateur), les caractéristiques : motiver et inspirer, approachable et ouvert, actions basées sur les valeurs et croyances, principes d'offrir des soins de haut niveau, communication efficace, visible, responsabiliser et donner le pouvoir qui revient aux autres.
Stanley (2012). Australie	Opinion	S.O.	S.O.	Le LC amène des changements innovateurs qui augmentent la qualité des soins offerts en plus d'améliorer la sécurité des usagers. Un leader clinique n'est pas nécessairement en position d'autorité ou hiérarchique par rapport aux autres et n'est pas nécessairement le plus expérimenté.
Stanley, & Stanley (2018). Australie	Revue de littérature	S.O.	S.O.	État des connaissances sur la définition (celle de chaque auteur et non une nouvelle), les caractéristiques et particularités associées ou non au LC (les compétences cliniques/ bonnes pratiques cliniques, un communicateur efficace, être soutenant, valeurs et croyances centrées sur l'objectifs, centré sur l'excellence clinique/ qualité des soins, être un modèle de rôle (pour les autres), être un motivateur (pour les autres), être un mentor, prend les décisions nécessaires, être visible, travaille en équipe, être approachable, avoir des connaissances cliniques, être habileté, participer au développement et la formation de

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				ses collègues) et les modèle du LC (des auteurs recensés).
Modèle conceptuel/ théorique du leadership clinique des infirmières soignantes aux soins intensifs				
American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (2015) États-Unis	Décrire la position de l'association sur les standards de pratiques des IS aux USI	S.O.	S.O.	Description des standards de pratiques permettant à tous les niveaux de ressources impliquées dans la profession d'utiliser ces critères pour agir, décider, guider et évaluer la profession infirmière en soins aigus et critiques.  Les compétences sont définies de façon générale (sans particularité directe pour les soins critiques). Divisé en 3 catégories de standards ; 1 – Standards (6) de soins de la pratique infirmière pour les soins aigus et soins critiques. 2 – Standards (10) de performance professionnelle. 3 – Stratégies d'intégration des standards (10) de performance professionnelle.  Est descriptif plus directif. Mon accessible pour les IND d'adhérer aux standards si l'établissement ne s'y conforme pas.
Association canadienne des infirmiers et infirmières de soins intensifs (ACIISI) (2017) Canada	Décrire la position de l'association sur les standards de pratiques des IS aux USI	S.O.	S.O.	7 compétences essentielles : #2 : l'infirmière en soins critiques favorise et facilite le confort et le bien-être optimaux dans un environnement hautement technologique et souvent inconnu aux usagers et à leurs familles. 2.1 : organise l'environnement. 2.2 : discerne et met en œuvre des traitements (pharmacologique ou non) individualisés pour prévenir et soulager la souffrance (douleur, anxiété, délirium, soif...).

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				<p>2.4 : communique l'information de manière respectueuse, attentive à l'espérance de l'usager-famille, et adaptée aux vrais besoins, selon le stade de développement et le niveau de compréhension actuelle. #3 : l'infirmière en soins critiques favorise des partenariats bénéfiques avec les usagers-familles, basés sur la confiance, la dignité, le respect, la communication et la collaboration. 3.4 : agit en faveur des usagers-familles, afin de répondre aux attentes et aux besoins de ceux-ci (advocacy). #4.1 : Intègre les données afin de prévoir, d'empêcher et de reconnaître les blessures et les dysfonctions pouvant contribuer à une crise de santé qui menace le pronostic vital ou qui provoque des changements permanents de la santé. 4.2 : documente les soins des usagers et les évaluations continues d'une manière claire, concise et précise et opportune tout en respectant la vie privée et la confidentialité des informations personnelles et médicales. # 6 : l'infirmière en soins critiques encourage une pratique collaborative au cours de laquelle l'apport de l'usager, de la famille et de chacun des intervenants en soins de santé est sollicité, reconnu et estimé. 6.2 : démontre une communication interpersonnelle efficace, des compétences en gestion, dans la négociation, et dans la résolution de conflits afin d'encourager des relations positives avec ses collègues, les usagers et les familles. 6.3 : accepte la</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N) (2015, 2016) Angleterre	Cadre de référence qui regroupe un curriculum de standard de pratiques nécessaires à atteindre lors de l'exercice aux USI.	S.O.	Deacon (2017) : Regroupement de plusieurs instances gouvernementales, professionnelles et éducationnelles. Consensus d'expert et basé sur la revue de littérature sur chacun des critères des guides d'évaluation : compétences	<p>responsabilité des contributions professionnelles autonome; collabore à déterminer le meilleur intervenant de soins de santé basée sur le respect des rôles propres à chacun, leurs responsabilités et leurs compétences (déléguer). 6.4 : souligne la valeur de la responsabilité partagée dans la prise de décision et soutient l'utilisation d'une gestion partagée et des rôles de coordination. #7 : l'infirmière en soins critiques se sert de ses qualités de leader en encourageant une culture des soins critiques favorables à la collaboration, à l'amélioration de la qualité, à la sécurité, à la croissance professionnelle, au bien-être et à l'utilisation judicieuse des ressources.</p> <p>Manque de constance dans les contenus vue lors de la formation post-diplomation = manque de transférabilité du personnel entre les différentes régions.</p> <p>Implantation en 2012 de la version initiale et 2015 version actuelle : programme de 3 étapes sur 3 ans (1 par année) et les 12 premiers mois = jumelage (6 semaines en surnuméraire avant de débiter la formation théorique), alternance entre la théorie et la pratique pour une meilleure intégration des connaissances. L'étape 1 doit être complétée (compétences acquises) avant de passer à l'étape suivante. Permetts le passage de novice (aucune expérience comme infirmière) à une professionnelle experte. Intégration des</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
<p>attendues mesurables et uniformisées pour tous les établissements.</p> <p>compétences de LC attendue dès la première étape et ensuite de façon progressive.</p> <p>Étudiantes passent un processus de sélection + contrat d'apprentissage.</p> <p>Fournis des données vérifiables sur les compétences et les habiletés à rencontrer cela permet aux infirmières de mieux démontrer leurs acquis.</p>				
<p>Expérience du leadership clinique des infirmières soignantes</p>				
Burns (2009b). Angleterre	Décrire les concepts de leadership clinique des infirmières soignantes exerçant en soins primaires et de déterminer les besoins des infirmières	12 infirmières	Qualitative phénoménologie Entrevue individuelle	Facteurs facilitants : Pratique et formation Augmentation progressive du niveau d'autonomie "Être capable" : avoir les compétences, habiletés et caractéristiques personnelles Voir la volonté de diriger ou être dirigé Environnement de travail valorisant la culture de développement du leadership Méthode de communication et type relation interpersonnelle. Implication des employés dans le processus de changement La valeur accordée au rôle de chacun Reconnaissance et valorisation des réalisations

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Casey, McNamara, Fealy, & Geraghty (2011). Irlande	Établir les besoins de leadership clinique de l'infirmière et de la sage-femme	911 Infirmières et sages-femmes de plusieurs niveaux hiérarchiques différents  66,6 % ( $\eta = 599$ ) infirmières soignantes	Mixte : questionnaire et groupe-focus.	Besoins d'apprentissage des infirmières : Gestion environnement clinique Gestion de la qualité des services offerts Développement individuel Connaissances du rôle de et la fonction d'un leader clinique Connaissances des ressources et compétence pour le leader clinique et du leadership
Fealy, McNamara, Casey, Geraghty, Butler, Halligan, Treacy, & Johnson (2011). Irlande	Décrire les barrières au développement du leadership clinique chez les infirmières et les sages-femmes	3000 infirmières et sages-femmes	Mixte, descriptif Questionnaire autoadministré (CLAN-QBS) et 22 groupes-focus.	Questionnaire : facteurs de soins de qualité, relations interdisciplinaires, reconnaissances, influence.  Groupe-focus : l'infirmière démontre plus de contrôle sur les facteurs internes qu'externes; l'infirmière soignante est mal représentée dans les équipes interdisciplinaires, peu impliquée dans le processus décisionnel, donc elle ne peut exercer son influence, manque de reconnaissance de sa contribution; moins de pouvoir de négociation.
Supamane, Krairiksh, thailandaises d'un	Explorer les compétences de LC des IS thaïlandaises d'un	IS = 31 (12 IND moins de 1	Qualitatif exploratoire	Caractéristiques d'un leader clinique : 1 - compétences individuelles : confiance en soi, enthousiasme d'apprendre, développement de continue de soi-même et des autres, pensée systématique, maturité émotionnelle (gestion de

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Singhakhumfu, & Turale (2011). Thaïlande	hôpital universitaire	an d'expérience) Administrateurs = 23 (plus de 1 an d'expérience)	Groupes-focus de 6 à 10 personnes	conflits), travaille consciencieux (haute qualité des soins offerts). 2 - Interactions : flexibilité (adaptation), relation humaine (travail interprofessionnel et multidisciplinaire), modèle de rôle (inspirer le respect, étiquette professionnelle, prendre ses responsabilités, aider). 3 - Connaissances spécifiques (qui aide à avoir confiance en soi) : experte clinique envers usagers et famille, leadership/ gestion. 4 - Compétences cliniques : raisonnement clinique (résolution de problème), prends des décisions cliniques (interventions et initiatives), négociation, gestion du temps (organiser et prioriser).
Won (2015). Corée	Explorer l'essence de l'expérience du LC des IS	6 IS soins aigus de plus de 3 ans d'expérience	Qualitatif/ Phénoménologie (Colaizzi)/ Entrevue semi-dirigée	(1) leurs capacités relatives à son travail quotidien (Soutenir les capacités des débutantes dans ce qu'elles veulent imiter; méthodes de travail et de traitement requises dans l'unité; connaissances cliniques nécessaires liées au travail), (2) leur influence qu'elles montrent envers soi-même (me motiver à performer au travail; me récompenser pour ma performance au travail; effectuer un travail avec des objectifs; plaisir de travailler comme infirmière; utiliser les indicateurs pour bien travailler; m'observer en tant qu'infirmière), (3) leur influence qu'elles montrent aux autres (relations harmonieuses avec les collègues; Aider à l'adaptation des infirmières débutantes), (4) leur influence dont elles font preuve pour contribuer à l'organisation (efforts

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				pour changer l'environnement de travail; efforts pour le développement de l'organisation), et enfin (5) leur compréhension et l'affection qu'elles ont envers les usagers (traiter les usagers comme s'ils étaient des membres de ma famille).
Expérience du leadership clinique des étudiantes et infirmières nouvellement diplômées				
Démeh & Rosengren (2015). Suède	Décrire l'expérience du leadership clinique des étudiantes durant leur dernière année d'enseignement	Étudiantes en sciences inf. en dernière année du Bac qui ont reçu le cours sur le leadership et la gestion.  Taux de participation à 62,5 % ( $n = 20$ )	Qualitatif, descriptif  Questionnaire à 2 questions ouvertes.	Leadership clinique – la sécurité d'être infirmière : Choc de la réalité, manque de connaissance sur la gestion des soins, besoin de mettre en pratique leurs connaissances et non seulement observer  Prise de conscience : la profession c'est plus qu'offrir des soins, d'appliquer des techniques ou d'intervenir  Un modèle de rôle (du superviseur) : crédibilité et donner l'exemple, se sentir en confiance et confiant d'être le professionnel souhaité lorsque le superviseur est présent, autonomisation des usagers dans la planification des soins et du processus de soins.  Faire le lien entre la théorie et la pratique : l'expérience du cours/ stage permet une meilleure compréhension du processus de soins, du travail d'équipe, gestion des demandes durant la journée, déléguer les tâches, collaborer. Ceci donne donc plus de confiance en soi pour la suite.

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
Ekström & Idvall (2015). Suède	Comprendre l'expérience du développement du LC des IND envers l'équipe soignante.	12 infirmières < 24 mois d'expérience en soins aigus, moyenne d'âge 27,5 ans, majorité sur quart de jour, 4/12 bénéficiaient de mentorat	Qualitative descriptive exploratoire Entrevue individuelle	Sentiment d'échouer (rôle ambigu, rôle de leader peu connu; manque d'expérience à déléguer et à prioriser, donc à orienter l'équipe; déséquilibre entre le nombre de ressources disponibles et le nombre de demandes, se sent donc inadéquate), le devoir de former des équipes fonctionnelles (reconnaissance des signes subtils de frustration, habiletés de communication, être attentive et prête à combler les différents besoins de l'équipe; recherche à être acceptée et comprise), apprendre à diriger (connaissance de soi, faire face à ses propres sentiments, reconnaître et admettre ses faiblesses, prendre ses responsabilités de son propre développement; recevoir du soutien, apprendre de ses expériences personnelles), avoir le courage la force et le désir de diriger (être préparé à exercer un leadership, comprendre comment, prendre la responsabilité de ses actes, avoir l'audace de diriger, la confiance en soi, confiance en son jugement, le courage de défendre les priorités; faire la différence, avoir une vue d'ensemble de l'utilisateur et de la situation) et assurer des soins de qualité (être capable de superviser tout ce qui s'est passé et d'évaluer les mesures prises; assurer la qualité et la sécurité des soins; but de contrôler).
Grossman (2007). États-Unis	Développement d'une liste de compétences pour les infirmières en	143 étudiantes de dernière année du Bac	Qualitatif descriptif Groupe de discussions et	Caractéristiques du leadership et de gestion : communication, collaboration, prise de décision, vision d'ensemble de la situation, gestion des risques, image et rôle, gestion de l'unité,

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
	soins critiques pour acquérir leadership et gestions		journal de bord des étudiants	construction de l'équipe de travail et but personnel.
Kramer, Maguire, Schmalenberg, Halfer, Budin, Hall, et al. (2012). États-Unis	Identifier les stratégies efficaces facilitant la transition à la pratique pour l'infirmière soignante	330 infirmières de 20 soins aigus, entre 6 et 15 mois d'expérience, 23 % proviennent USI	Qualitatif descriptif Entrevue individuelle, groupe-focus et observations.	Difficulté à déléguer les activités de soins, à prioriser les interventions, à organiser des tâches. Autonomie et responsabilité professionnelle difficile à saisir. Collaboration infirmière-médecin difficile, peur de déranger et d'aviser pour rien. Méconnaissance des mécanismes de résolution de conflit. Améliorer l'estime de soi qui est affecté par le choc transitionnel.
Larue, Dubois, Girard, Goudreau, & Dumont (2013). Canada	Décrire les actions utilisées par les IND pour continuer de développer les compétences du raisonnement et du leadership. Et décrire la	34 IND (< 24 mois d'expérience), 7 Infirmières, 19 questionnaires	Qualitatif, descriptive, exploratoire, constructivisme, recherche participative. Questionnaire, entrevue semi-	Les IND perçoivent le développement du LC comme étant une grande priorité, mais se considèrent moins compétentes lorsqu'il s'agit de : prendre des initiatives, s'affirmer et prendre la situation en main, s'exprimer avec confiance et influencer les soins.

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
	perception des infirmières et des gestionnaires sur les éléments organisationnels qui facilite ce développement.		structurée et groupe-focus	
Vilela & de Souza (2010). Brésil	Identifier les défis que les IND rencontre pour exercer leur rôle de leadership et les stratégies pour les surmonter	15 IND	Devis mixte/	Défis à exercer leur leadership : Acceptation de l'équipe, difficultés dans les relations interpersonnelles, difficultés à travailler avec des professionnels dépassés, pénurie de ressources, structure organisationnelle classique, manque d'expérience, absence de pratique professionnelle, insécurité, changement des habitudes de l'équipe, jeune, être nouvellement formé.  Stratégie pour exercer le leadership : Autorité, communication, connaissances techniques et scientifiques, co-responsabilité, dialogue, éducation, création de l'esprit d'équipe, observation.
Expérience du leadership clinique des infirmières soignantes aux soins intensifs				
Conway & McMillan (2001). Australie	Description de la culture d'une USI et les nécessités pour faciliter le	32 infirmières de soins intensifs	Entrevue groupe-focus	L'impact du changement des processus du système de santé et des pratiques sur les infirmières aux USI (présence des intensivistes limites l'autonomie)

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
	leadership de l'infirmière soignante			<p>Un climat où les infirmières ne s'accordent pas de valeur entre elles en tant que professionnelles expérimentées</p> <p>Manque de clarté des rôles et d'identité des infirmières aux USI (frustration, confusion)</p>
Linton & Farrell (2009). Australie	Explorer la perception des infirmières d'USI sur le leadership infirmier aux USI adulte.	6 Infirmières USI plus de 5 ans d'expérience + certificat en soins critiques	Qualitatif Phénoménologie	<p>Important pour l'infirmière soignante d'USI d'être capable de s'adapter, d'avoir la confiance de l'équipe et d'influencer.</p> <p>Diriger par l'exemple : modèle de rôle, connaissance, expérience, inspiration, motivation, atteindre ses buts, confiance, influence, mentor, prendre des décision, respect et professionnalisme.</p> <p>Communication : sentiments, déléguer, constance, capable de parler et guider, approchable, diminue l'anxiété.</p> <p>Habilité à réfléchir en dehors des règles de gestion : capable de voir, changer, vision d'ensemble, advocacy, capable de dire non, visionnaire.</p> <p>Connaître l'équipe : utilise les membres de l'équipe, reconnaît les qualités, contribution, forces et faiblesses, considération, valeur, sentiment d'appartenance, sensible, atteindre le potentiel.</p> <p>Prendre le dessus lors de situation de crise : action, coordination, diriger, être admiré,</p>

Auteur(s), année de publication, pays	But	Échantillon	Devis/ Tradition/ Collecte de données	Résultats principaux
				réduction du stress, connaissances, expérience, s'assurer que le travail sera fait.

## **Appendice B**

Concept du leadership clinique et ses sous-concepts adapté du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011, 2012)

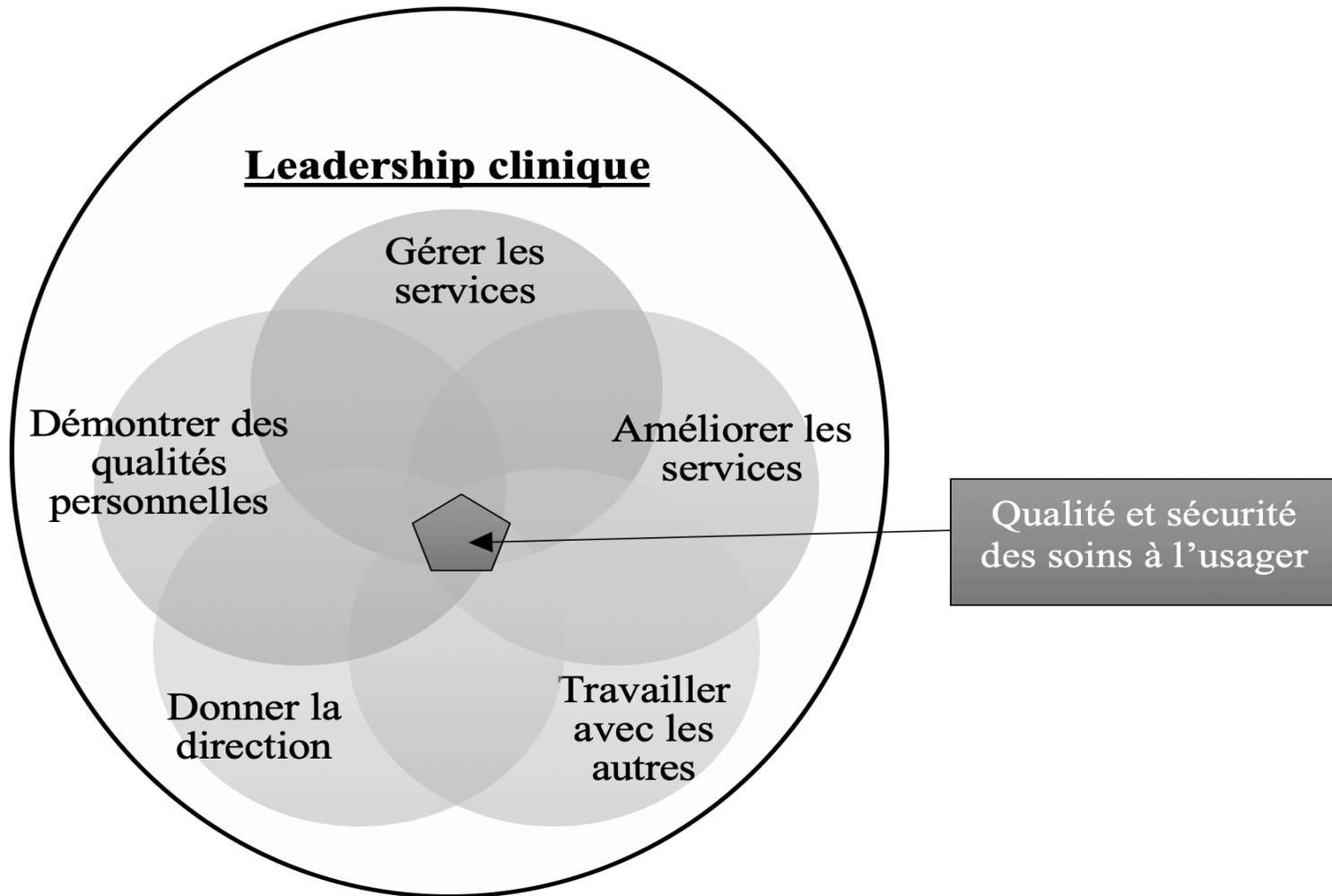


Figure 3. Leadership clinique et ses sous-concepts adaptés du CLCF (NHS Leadership Academy, 2011, 2012)

## **Appendice C**

Compétences de leadership clinique du niveau 1 du programme *National standards for critical care nurse education* du Critical Care Networks National Nurse Leads (CC3N, 2016)

# 1:19 Leadership

The following competency statements are about developing leadership styles and skills throughout your professional development in critical care.

<b>1:19.1 Demonstrating Personal Qualities</b>	
<b>You must be able to demonstrate through discussion essential knowledge of (and its application to your supervised practice):</b>	Competency Fully Achieved Date/Sign
• <i>Self awareness</i>	
• <i>Managing yourself</i>	
• <i>Continuing professional development</i>	
• <i>Acting with integrity</i>	
<b>You must be able to undertake the following in a safe and professional manner:</b>	
• Prioritise tasks and duties effectively for self and others	
• Identify and reflect on your own behaviour	
• Identify and reflect on personal strengths and weaknesses	
• Effectively fulfil your role	
• Maintain routine critical care practice	
• <i>Maintain Health &amp; Safety</i>	
• <i>Recognise personal stress</i>	
• Manage time constructively	
• Recognise stress in other critical care team members	
• Use feedback to improve performance	
• Set own achievable development goals	
• <i>Make effective use of learning opportunities</i>	
• Use reflection to learn from previous experiences	
• Apply ethical issues, debates and principles to your practice	
• Recognise when ethical issues may conflict with your personal views	
• Effectively communicate with patients, families and multi professional team members, refer to competency Step 1:13.1, 1:13.2 and 1:13.3	

<b>1:19.2 Working with Others</b>	
<b>You must be able to demonstrate through discussion essential knowledge of (and its application to your supervised practice):</b>	Competency Fully Achieved Date/Sign
<i>• Developing networks with the multidisciplinary team</i>	
• Building and maintaining relationships	
• Encouraging contributions of others	
• Working within teams, refer to competency Step 1:13.2	
<b>You must be able to undertake the following in a safe and professional manner:</b>	
<i>• Provide emotional reassurance and support</i>	
<i>• Care for the critical care patient as part of the MDT</i>	
• Involve other relevant team members in problem solving and decision making	
• Participate in MDT meetings	
• Support peer group	
• Build effective relationships and rapport with team members through good communication skills and dealing effectively with communication challenges	
• Recognise and value others	
• Challenge constructively when your view point differs to others	
• Effectively work with a diverse team regardless of social, educational, cultural and sexual orientation differences	
• Encourage others to develop leadership skills	

## **Appendice D**

Demande d'autorisation pour procéder au recrutement à l'Université du Québec en  
Outaouais – Campus St-Jérôme

Bonjour M Brousseau,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières profil mémoire et dans le cadre de mon projet de recherche je souhaiterais recruter les étudiantes au baccalauréat (DEC-Bacc.) en sciences infirmières de l'UQO-Campus de St-Jérôme. Afin d'obtenir la certification éthique nécessaire, il serait essentiel d'obtenir votre autorisation à procéder au recrutement.

Lors de mon projet de recherche, sous la direction de Martine Mayrand Leclerc, je souhaite explorer le leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant aux soins intensifs depuis le début de leur exercice professionnel. Ce projet de recherche utilise un devis qualitatif dont le but est de décrire comment les infirmières nouvellement diplômées perçoivent leur leadership clinique, ce qui les a aidés à l'exercer et ce qui a été un frein à celui-ci. Afin d'avoir un échantillon riche pour mon étude (différents milieux de soins et différentes clientèles hospitalisées), l'utilisation du milieu d'enseignement comme l'UQO a été établie comme une des meilleures stratégies pour y parvenir.

Afin de procéder au recrutement, je souhaiterais avoir accès aux classes des étudiantes de première année du DEC-Bacc. de sciences infirmières de l'UQO-Campus de St-Jérôme pour y présenter mon projet de recherche et distribuer mes coordonnées pour me rejoindre. Les étudiantes désirant participer seront vues en entrevue par la suite, dans le lieu de leur choix. Cette présentation serait d'une durée de 5 à 10 minutes et je prendrais arrangements, au préalable, avec les professeures et les chargées de cours afin établir avec elles le meilleur moment pour faire cette présentation. Il est prévu que le recrutement débute dès cet automne (2018), mais la période précise sera à déterminer ultérieurement.

Je reste disponible, ainsi que ma directrice, Mme Martine Mayrand Leclerc, si vous avez des questions sur le sujet. J'aimerais soumettre ma demande de certification éthique en août 2018. Une réponse de votre part d'ici la fin juillet serait appréciée.

Cordialement,



Stéphanie Daigle  
Étudiante à la maîtrise UQO-Campus de St-Jérôme

De: **Brousseau, Sylvain** Info. Conf.   
 Objet: RE: Demande d'autorisation recrutement de participants pour projet de maîtrise  
 Date: 28 juin 2018 à 13:23  
 À: Daigle, Stéphanie Info. Conf.

SB

Bonjour,

Vous êtes autorisées à recruter des étudiants en sciences infirmières dans le cadre de votre projet de recherche en respect de l'anonymat et de la confidentialité.

Très cordialement,  
 Sylvain Brousseau inf., Ph.D.(Adm. Serv. Inf.)  
 Professeur agrégé en sciences infirmières  
 Directeur du module des sciences de la santé

## Module des sciences de la santé



Université du Québec en Outaouais  
 5, rue Saint-Joseph, Saint-Jérôme  
 Bureau J-3220 (Saint-Jérôme)  
 Bureau C-1604 (Gatineau)  
 Québec, J7Z 0B7

Informations confidentielles

Professeur associé en sciences infirmières – FSI – UdeM  
 Professeur agrégé à la Haute École La Source, Suisse  
 Chercheur régulier au RRISIQ- R3 : soins personnalisés humanistes  
 Chercheur associé au CISSSO-axe première ligne  
 Représentant du Québec à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

---

**De :** Daigle, Stéphanie  
**Envoyé :** 28 juin 2018 10:50  
**À :** Brousseau, Sylvain Info. Confidentielles  
**Cc :** Mayrand Leclerc, Martine Info. Confidentielles  
**Objet :** Demande d'autorisation recrutement de participants pour projet de maîtrise

Bonjour M Brousseau,

SVP, prendre connaissance du document ci-joint qui décrit ma demande de recrutement des étudiantes en sciences infirmières dans le cadre de mon projet de maîtrise.

Cordialement,

## **Appendice E**

Lettre de recrutement



**Université du Québec en Outaouais**  
**Lettre de recrutement**

Titre du projet de recherche :

La description de l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs dès le début de leur exercice professionnel

Nom de l'étudiante-chercheuse :

Stéphanie Daigle, inf, B.Sc.

Informations confidentielles

Directrice de recherche :

Martine Mayrand Leclerc, inf.,  
MGSS/MHA, Ph.D.

Informations confidentielles

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais et j'aimerais solliciter votre participation à une recherche. Le projet vise à mieux connaître les éléments qui permettent aux infirmières nouvellement diplômées (IND) d'acquérir leur rôle professionnel de leadership clinique lorsqu'elles exercent sur une unité de soins intensifs depuis le début de leur exercice professionnel.

Si vous êtes infirmière ou candidate à l'exercice de la profession infirmière, que vous travaillez actuellement aux soins intensifs et qu'il s'agit de votre premier lieu de travail depuis l'obtention de votre diplôme, ce projet de recherche s'adresse à vous.

Si vous acceptez de participer au projet, après avoir pris connaissance du formulaire de consentement et que nous ayons répondu aux questions que vous auriez, vous serez conviée à une entrevue individuelle qui sera enregistrée et menée par moi-même. Le moment et le lieu de la rencontre seront fixés selon une entente mutuelle. Au début de l'entrevue, un court questionnaire sur les informations sociodémographiques sera rempli puis suivra des échanges d'une durée de 45 à 60 minutes. Ces échanges permettront de connaître vos expériences de leadership clinique en tant qu'IND aux soins intensifs et d'identifier les éléments aidant ou limitant l'exercice du leadership clinique.

Il est possible qu'à la suite de l'analyse du compte rendu intégral de notre rencontre, des clarifications soient nécessaires. Avec votre permission, nous validerons ensemble les éléments qui demanderont des clarifications ou de la validation.

Il s'agit maintenant de me signaler votre intention de participer ou non au projet de recherche. Je vous demande de communiquer avec moi par courriel [Info. Conf.] ou par téléphone ou texto au [Info. Conf.] d'ici (**environ 15 jours de délai**).

Aussi, si vous connaissez une collègue de travail, une amie ou une compagne de classe du collègue qui serait intéressée au projet, n'hésitez pas à lui en parler, à lui donner une copie de cette lettre ou à lui donner mes coordonnées pour me joindre.

Cette recherche a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (numéro de certification à insérer ici). Votre participation est volontaire et vous pourrez vous retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque. Dans ce cas, les données récoltées seront détruites immédiatement.

Sachez que votre nom ne paraîtra dans aucun rapport. Les résultats seront présentés de façon globale, sous forme de résumés représentant l'ensemble des participants, et non les informations individuelles. Ainsi, un code vous sera attribué et utilisé sur les documents de la recherche. Je serai la seule qui aura accès à la liste des noms et des codes afin de garantir l'anonymat de votre participation et le caractère confidentiel des renseignements fournis.

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

Stéphanie Daigle, inf., B.Sc.,  
Étudiante à la maîtrise  
Sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

Informations confidentielles

## **Appendice F**

Approbation des modifications de recrutement par le Comité d'éthique de la recherche  
de l'UQO



Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec)  
www.uqo.ca

---

Gatineau le 10 décembre 2018

Madame Stéphanie Daigle  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

cc: Martine Mayrand Leclerc  
Professeure  
Département de sciences infirmières

**Objet: La description de l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs dès le début de leur exercice professionnel.**

**Projet #: 3045**

J'ai pris connaissance des modifications apportées à votre projet en titre et il me fait plaisir de vous informer que votre demande est acceptée. Votre certificat éthique est donc renouvelé. Afin de vous conformer à la politique de l'UQO en matière d'éthique de recherche, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un "Rapport de suivi continu" le ou avant le:

10 décembre 2019

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

## **Appendice G**

Publication Facebook

# Infirmière ou CEPI RECHERCHÉE!

Vous travaillez au Québec

- sur une unité de soins intensifs adultes, pédiatriques ou néonataux
  - ou soins intermédiaires d'un CIUSSS
- c'est votre premier lieu de travail depuis l'obtention de votre diplôme **ET** vous y travaillez depuis moins de deux ans

## Ce projet de recherche est pour vous !

Ce projet de recherche à la maîtrise en sciences infirmières vise à décrire les éléments aidant ou limitant l'exercice du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs.

Votre participation n'exigera que 1 heure de votre temps !



**UQO**  
CAMPUS DE  
SAINT-JÉRÔME

Certification éthique UQO #3045

Contactez-moi d'ici le 21 février 2019 !

ou par téléphone,  
par courriel.

Informations confidentielles

Au plaisir de vous rencontrer !

Stéphanie Daigle, Inf.

## **Appendice H**

Courriel d'accès à l'information à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

De: Marleau, Daniel [redacted]  
Objet: Recrutement pour projet de maîtrise en sciences infirmières  
Date: 18 janvier 2019 à 10:27  
À: Daigle, Stéphanie [redacted]



Bonjour Madame Daigle,

Il me fait plaisir de répondre à votre demande d'information. Nous nous excusons pour le long délai de réponse.

Dans un premier temps, voici les statistiques que vous demandiez :

Parmi les membres inscrits au Tableau de l'OIIQ en date du 15 janvier 2018, **41 % ont donné leur consentement** à ce que l'OIIQ transmette leurs coordonnées à un tiers aux fins de recherches ou sondage. En ce qui a trait plus spécifiquement aux infirmières qui déclarent exercer dans le domaine des **soins intensifs, soit 4 346, le taux de consentement est plus bas, soit 36 %**. Toutefois, parmi ce dernier groupe, si on tient compte seulement des infirmières qui ont **moins de deux ans d'expériences** (j'inclus ici des personnes qui ont obtenu leur permis d'exercice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017), le **taux de consentement est plus haut, soit 68 %**. En effet, le taux de consentement est généralement plus élevé chez les infirmières de la relève. Je n'ai pas fait le calcul pour les CEPI, puisque ces personnes ne sont pas des membres inscrits au Tableau et font partie d'une banque de données différente et ces données sont très variables dans le temps. Il est tout de même possible de communiquer avec ceux qui y ont consenti.

Aussi, je vous informe que dans quelques semaines, soit au début février, nous ouvrirons la prochaine période d'inscription au Tableau et les membres mettront leur dossier à jour, ce qui peut inclure un changement de domaine de pratique et de consentement; d'autres membres ne renouveleront pas leur inscription. Les nombres et proportions ci-haut mentionnés pourraient donc varier. Sans connaître vos contraintes de temps, je vous recommanderais d'attendre au début du mois d'avril, soit après la fermeture du Tableau en cours, pour produire la liste des membres que vous pourriez contacter, et ce, dans l'éventualité que l'OIIQ accepte de participer à votre recherche.

Dans un deuxième temps, afin que nous puissions traiter votre demande d'accès à une liste de membres, veuillez nous transmettre les informations ci-dessous :

- une brève description du projet (sujet, méthodologie, établissement d'enseignement, nom du directeur de mémoire ou de thèse, principaux moyens ou outils de communication prévus entre la chercheuse et les membres);
- une description détaillée de l'échantillon (critères de sélection, nombre, etc.);
- votre numéro de membre de l'OIIQ (le cas échéant);
- la date limite de réception de la liste.

Nous analyserons votre demande le plus rapidement possible en tenant compte des critères suivants :

- sérieux du projet (pertinence, encadrement, établissement);
- obtention des approbations nécessaires (certificat d'éthique ou autre qui devra nous être transmis);
- disponibilités des données demandées;
- efforts requis par l'OIIQ pour produire la liste demandée.

Advenant une acceptation de notre part, des frais s'appliqueront pour la production de cette liste. Ces frais seront déterminés en fonction de la complexité de la liste et du temps mis à la produire. Si l'OIIQ accepte de vous fournir la liste demandée, un engagement à la confidentialité vous sera transmis. Il devra être signé et nous être retourné avant la transmission de la liste.

J'espère le tout conforme à vos attentions. N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions.

Cordialement,



**Daniel Marleau**, Analyste en intelligence d'affaires  
Direction, Stratégie de marque et communications

## **Appendice I**

Courriel de recrutement aux participantes potentielles

Bonjour à vous cher/chère collègue,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais et j'aimerais solliciter votre participation à mon projet de recherche. Celui-ci vise à mieux connaître les éléments qui permettent aux infirmières nouvellement diplômées (IND) d'acquérir leur rôle de leadership clinique lorsqu'elles exercent sur une unité de soins intensifs depuis le début de leur exercice professionnel.

Vous êtes infirmière/infirmier ou candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), vous travaillez actuellement aux soins intensifs et il s'agit de votre premier lieu de travail depuis l'obtention de votre diplôme depuis l'obtention de votre diplôme ET vous y travaillez depuis moins de deux ans? Ce projet de recherche s'adresse à vous OU si vous connaissez une collègue de travail ou une amie qui correspondrait à ces critères, n'hésitez pas à lui en parler, à lui envoyer ce courriel ou à lui donner mes coordonnées pour me joindre.

Si vous acceptez de participer au projet, vous serez conviée à une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes. Le moment et le lieu de la rencontre seront fixés selon vos dispositions. Ces échanges permettront d'identifier les éléments aidant ou limitant l'exercice du leadership clinique des IND.

Il s'agit maintenant de me signaler votre intention de participer au projet de recherche en communiquant avec moi par courriel Info. Conf. ou par téléphone ou texto au Info. Conf. **d'ici le 21 février 2019.**

Votre participation est volontaire et vous pourrez vous retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

Je vous remercie et au plaisir de vous rencontrer !

Stéphanie Daigle, inf., B.Sc.,  
Étudiante à la maîtrise  
Sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais  
Cellulaire : Informations confidentielles  
Courriel : Informations confidentielles

N.B. Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (certification #3045).



## **Appendice J**

Outil 1 : Questionnaire sociodémographique

Code du participant : \_\_\_\_\_

### Questionnaire sociodémographique

1. Âge : \_\_\_\_\_ ans
2. Sexe :  Féminin     Masculin
3. À quelle date as-tu gradué de ta formation en tant qu'infirmière ?  
Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_  
À quel endroit : \_\_\_\_\_
4. Es-tu présentement aux études ?  Oui     Non
  - a. Quel programme ? \_\_\_\_\_
5. Avant ton emploi actuel, as-tu déjà travaillé dans un milieu hospitalier ?
  - a.  Non
  - b.  Oui
  - c. Si oui, quel(s) étai(en)t ton ou tes titre(s) d'emploi ?
    - i.  PAB
    - ii.  Infirmière auxiliaire
    - iii.  Agente administrative
    - iv.  Brancardier
    - v.  Autre : \_\_\_\_\_
6. Depuis combien de temps travailles-tu aux soins intensifs ? (Date de début)  
approximativement : Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_
  - a. Dans quel secteur spécifiquement : \_\_\_\_\_
  - b. De quel centre hospitalier : \_\_\_\_\_
7. Combien de jours (approximatif) travailles-tu par semaine depuis votre embauche ?
  - a. Depuis ta diplomation : \_\_\_\_\_ jours/quinzaine
  - b. Si aux études, durant les sessions universitaires : \_\_\_\_\_ jours/quinzaine
8. As-tu participé à un programme d'intégration lors de votre embauche ?  
N.B. : Veuillez préciser le nombre de jours **approximatif** pour chacun des items suivants :
  - a.  programme de résidence : \_\_\_\_\_ jours
  - b.  formation théorique : \_\_\_\_\_ jours
  - c.  jumelage – orientation pratique : \_\_\_\_\_ jours
  - d.  préceptorat : \_\_\_\_\_ jours

Explique-moi brièvement le programme :

---

---

---

---

---

---

---

---

9. As-tu déjà reçu une formation ayant comme sujet le leadership de l'infirmière-soignante avant ou pendant ta formation initiale ou durant l'exercice professionnel ?
- a.  Oui
  - b.  Non
  - c. Si oui, à quel moment ?
    - i.  formation initiale
    - ii.  formation universitaire
    - iii.  formation au travail
    - iv.  Autre : \_\_\_\_\_

Décris-moi brièvement la formation :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Appendice K**

Outil 2 : Guide d'entrevue semi-dirigée

## Guide d'entrevue

1. Durant l'entrevue nous allons discuter de leadership clinique, est-ce que tu peux me dire ce que c'est selon toi? (Dans tes mots)

Donner ensuite la DÉFINITION du leadership clinique suivante : le processus par lequel l'infirmière-soignante exerce une influence significative sur les autres membres de l'équipe de soins de santé, et bien qu'aucune autorité officielle ne leur ait été conférée, il facilite les efforts individuels et collectifs pour atteindre les objectifs cliniques communs

2. Quelle est la place du leadership clinique dans l'exercice de ton emploi comme infirmière, selon toi?
3. Durant ton emploi comme infirmière, décris-moi, dans tes mots, une situation ou occasion où tu as fait preuve de leadership clinique.

Probe :

- Situation, événement, contexte, environnement
- Gestes ou actions posés
- Planification faite en vue d'un objectif en lien avec les soins de l'utilisateur

Ex. : Gérer les 2 patients de ta section qui font un arrêt cardiaque en même temps et que tu dois diriger les soins.

- 3.1.1. Selon toi, dans cette situation, qu'est-ce qui t'a **le plus aidé, encouragé ou favorisé** à faire preuve de leadership clinique?

Probe :

- Caractéristiques particulières liées au contexte, situation, événement, environnement
  - o Que veux-tu dire par...
  - o Si je comprends bien, tu décris que...
  - o Peux-tu développer plus sur...
  - o À ton avis, donc...
  - o C'est intéressant lorsque tu dis que... peux-tu développer un peu plus sur ce sujet?

Selon l'aisance de la participante à décrire la situation, poursuivre avec une 2<sup>e</sup> et une 3<sup>e</sup> situation ou arrêter ici si elle éprouve de la difficulté.

4. Durant ton emploi comme infirmière, décris-moi, dans tes mots, une situation ou occasion où tu as eu de la difficulté à faire preuve de leadership clinique.

Probe :

- Situation, événement, contexte, environnement où cela a été difficile

4.1.1. Selon toi, dans cette situation, qu'est-ce qui t'a **le plus limité, freiné ou empêché** à faire preuve de leadership clinique

Probe :

- Que veux-tu dire par...
- Si je comprends bien, tu décris que...
- Peux-tu développer plus sur...
- À ton avis, donc...
- C'est intéressant lorsque tu dis que... peux-tu développer un peu plus sur ce sujet?

Selon l'aisance de la participante à décrire la situation, poursuivre avec une 2<sup>e</sup> et une 3<sup>e</sup> situation ou arrêter ici si elle éprouve de la difficulté.

5. Pourrais-tu me décrire une situation ou occasion où tu juges que tu aurais dû faire preuve de leadership clinique?

Probe :

- Oubli
- « Échappé bel » tu aurais aimé, mais tu ne l'as pas fait, mais cela n'a pas eu de conséquence
- Situation, événement, contexte où tu aurais aimé faire plus ou différemment

5.1. Selon toi, dans cette situation, qu'est-ce qui t'a empêché à faire preuve de leadership clinique?

6. Comment décrirais-tu ton leadership clinique depuis le début de ton emploi comme infirmière?

6.1. Y a-t-il un élément qui a le plus évolué ou qui t'a permis d'exercer mieux ton leadership clinique?

7. Est-ce que tu crois que tes collègues pensent que tu as du leadership clinique?

7.1. Pourquoi? Donne-moi un exemple.

8. Est-ce que c'est important pour toi de créer et maintenir de bonne relation avec tes collègues?

8.1. Est-ce que c'est important à tout prix?

9. Est-ce qu'il y a quelque chose sur laquelle tu voudrais revenir?

9.1. Est-ce qu'il y a quelque chose sur laquelle tu aimerais t'exprimer par rapport au leadership clinique?

## **Appendice L**

Élaboration des questions du guide d'entrevue

La question « durant l’entrevue nous allons discuter de leadership clinique, est-ce que tu peux me dire ce qu’est le leadership clinique, selon toi? » débute l’entrevue. Le fait d’aborder la définition du LC clarifie le concept à l’étude dès le départ. Suite à cela, l’étudiante-chercheuse a annoncé la définition conceptuelle du LC utilisée pour le présent projet de recherche. Cela a permis de clarifier le sujet abordé durant l’entrevue.

La seconde question porte sur leur perception face à l’exercice de leur rôle de LC : « quelle est la place du leadership clinique dans l’exercice de ton emploi comme infirmière, selon toi? ». Les informations fournies permettent de connaître l’importance que la participante accorde à son rôle de leader.

Dans un troisième temps, l’expérience professionnelle de LC est questionnée comme suit : « durant ton emploi comme infirmière, décris-moi dans tes mots, une situation ou occasion où tu as fait preuve de leadership clinique ». Plus précisément, la participante est appelée à décrire les facilitateurs : « selon toi, dans cette situation, qu’est-ce qui t’a le plus aidé, encouragé ou favorisé à faire preuve de leadership clinique? » Cette façon de faire permet de relier l’expérience vécue aux USI aux compétences associées à chacun des sous-concepts de LC (*démontrer des qualités personnelles, travailler avec les autres, gérer les services, améliorer les services et donner la direction*).

À l’inverse, la question suivante, qui porte toujours sur l’expérience professionnelle de LC, vise à obtenir une description des barrières : « durant ton emploi

comme infirmière, décris-moi dans tes mots, une situation ou occasion où tu as eu de la difficulté à faire preuve de leadership clinique. » Au besoin, la précision suivante était apportée : « selon toi, dans cette situation, qu'est-ce qui t'a le plus limité, freiné ou empêché à faire preuve de leadership clinique? » afin de relier à nouveau l'expérience aux compétences de chacun des sous-concepts de LC.

Par la cinquième question, l'étudiante-chercheuse cherchait à entendre parler des moments où la participante aurait dû ou pu faire preuve de LC : « pourrais-tu me décrire une situation ou occasion où tu juges que tu aurais dû faire preuve de leadership clinique? » Ces situations échappées renseignent aussi sur les barrières. Cependant, de par le contexte différent, les barrières peuvent changer notamment par manque d'expérience ou de connaissances.

Afin de connaître la perception des IND sur l'évolution de leur LC, la sixième question a été posée : « comment décrirais-tu ton leadership clinique depuis le début de ton emploi comme infirmière? Y a-t-il un élément qui a le plus évolué ou qui t'a permis d'exercer mieux ton leadership clinique? ». L'exploration des éléments qui ont évolué peut informer sur ce qui limite ou aide les participantes à exercer un LC.

Enfin, la dernière question interroge les IND sur la perception que leurs collègues ont d'elles « est-ce que tu crois que tes collègues pensent que tu as du leadership clinique? » Mieux comprendre ce que les autres lui renvoient comme image lorsqu'elles

exercent leur LC peut aussi engendrer des données pertinentes quant à ce qui aide ou limite l'exercice du LC.

## **Appendice M**

Engagement de confidentialité pour la transcription des verbatims par un tiers

## Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels

**Projet : La description de l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs dès le début de leur exercice professionnel**

Je soussigné(e), Info. Conf., en tant que transcriptrice dans le projet de recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche, les renseignements personnels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche.

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne et à détruire les enregistrements audio de mes fichiers une fois la transcription terminée et acheminée à Mme Stéphanie Daigle.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À Borsbriand

Nom : Informations Confidentielles

Titre : Agente administrative

Signature : Informations Confidentielles

## **Appendice N**

Approbation de modification par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO pour utilisation d'un tiers lors de la transcription des verbatims



## Formulaire de demande de modification de projet

Titre du protocole : **La description de l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Stéphanie Daigle**

Date de dépôt du formulaire : **2019-10-18 08:47**

Déposé par : **Paquette, Lysane**

Date d'approbation du projet par le CER : **2018-10-10**

Identifiant Nagano : **3045**

Numéro(s) de projet : **2019-492, 3045**

Formulaire : **F8-2126**

Statut du formulaire : **Approuvé**

### Suivi du BCER

#### 1. **Objet: Demande de modification**

## **Appendice O**

Exemple du processus de codage et d'analyse d'un verbatim

Verbatim original de la Participante 3: [00:15:31] : Ben la façon faire le pivot entre les parents, l'équipe de soins, le patient, ses intérêts, comme les manifestations que mon patient va avoir, ne serait-ce que sur sa douleur être capable de l'exprimer, d'expliquer aux parents, de l'exprimer aux médecins, d'être proactive dans mes interventions. Chercher aussi à faire les interventions qui vont bénéficier... Je ne peux faire tout simplement ce qui est prescrit ou je peux chercher à aller plus loin et à proposer des pistes de changements. [...] Aussi par rapport à des collègues... Je me suis fait dire dernièrement que j'ai certaines collègues qui n'aime pas ça travailler avec moi, parce que je ne supporte pas quand qu'elles font des « feux ». Nous autres, on appelle ça faire un feu, quand les infirmières s'assoient puis commencent à placoter. Moi, je ne fais jamais de feu. Donc, quand j'ai une minute de libre, c'est mon attitude au travail, ça apporte aussi des défis par exemple... moi quand j'ai une minute de libre, j'ai de la misère à être assis. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. Donc, c'est sûr que pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon. C'est une forme de leadership.

Étape du processus	Verbatim	Codification
<b>Codification selon le cadre de référence CC3N</b>	Je me suis fait dire dernièrement que j'ai certaines collègues qui n'aiment pas ça travailler avec moi, parce que je ne supporte pas quand qu'elles font des « feux ». Nous autres, on appelle ça faire un feu, quand les infirmières s'assoient puis commencent à placoter. Moi, je ne fais jamais de feu. Donc, quand j'ai une minute de libre, c'est mon attitude au travail, ça apporte aussi des défis par exemple... moi quand j'ai une minute de libre, j'ai de la misère à être assis. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. Donc, c'est sûr que pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon. C'est une forme de leadership.	<p><u>Thème</u> : <i>Démontrer des qualités personnelles.</i></p> <p><u>Sous-thème</u> : <i>Gérer son temps de manière constructive.</i></p>
<b>Émergence de nouveaux thèmes 1</b>	Je me suis fait dire dernièrement que j'ai certaines collègues qui n'aime pas ça travailler avec moi, parce que je ne supporte pas quand qu'elles font des « feux ». Nous autres, on appelle ça faire un feu, quand les infirmières s'assoient puis commencent à placoter. Moi, je ne fais jamais de feu. Donc, quand j'ai une minute de libre, c'est mon attitude au travail, ça apporte aussi des défis par exemple... moi quand j'ai une minute de libre, j'ai de la misère à être assis. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. Donc, c'est sûr que pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon. C'est une forme de leadership.	<p><u>Thème</u> : <i>Ouverture de l'équipe de soin à l'IND et à son leadership.</i></p> <p><u>Sous-thème</u> : <i>Les membres de l'équipe soignante encourageant (peu) l'IND dans ses apprentissages</i></p>
<b>Émergence de nouveaux thèmes 2</b>	Donc, quand j'ai une minute de libre, c'est mon attitude au travail, ça apporte aussi des défis par exemple... moi quand j'ai une minute de libre, j'ai de la misère à être assis. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. Donc, c'est sûr que pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon.	<p><u>Thème</u> : <i>Facilitateurs.</i></p> <p><u>Sous-thème</u> : <i>La volonté d'apprendre et de comprendre.</i></p>
<b>Codification finale et thème final</b>	Donc, quand j'ai une minute de libre [...] j'ai de la misère à être assise. Donc, je vais aller revoir les méthodes de soins, je vais poser des questions sur nos façons de procéder. [...] Pour certaines collègues, c'est une forme de leadership parce que ça pousse à aller plus loin, mais pour d'autres, ça peut être dérangeant, mais bon.	<p><u>Thème</u> : <i>S'investir pour progresser.</i></p> <p><u>Sous-thème</u> : <i>Chercher à apprendre.</i></p>

## **Appendice P**

Approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO



Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca

---

Gatineau le 10 octobre 2018

Madame Stéphanie Daigle  
Étudiante  
Département de sciences infirmières  
Université du Québec en Outaouais

cc: Martine Mayrand Leclerc  
Professeure  
Département de sciences infirmières

**Projet #: 3045**

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Après l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, je constate que votre projet rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un «Rapport de suivi continu» chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après «la Politique». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour la durée du projet, à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est :

**Durée du projet: 1 an**

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant le:

**10 octobre 2019**

**Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 jours avant cette date.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

## **Appendice Q**

Renouvellement de la certification éthique 2019 et 2020



## Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Date de dépôt du formulaire : **2019-11-12 14:37**

Déposé par : **Paquette, Lysane**

Date d'approbation du projet par le CER : **2018-10-10**

Identifiant Nagano : **3045**

Numéro(s) de projet : **2019-492, 3045**

Formulaire : **F9-2387**

Statut du formulaire : **Approuvé**

### Suivi du BCER

#### 1. **Objet: renouvellement de l'approbation éthique**

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de suivi continu, le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'UQO constate le bon déroulement du projet de recherche et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Date d'approbation du suivi:*

2019-11-13

*Date d'échéance du certificat:*

2020-12-10

*Afin de maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu au plus tard le:*

2020-12-10

**Le suivi continu vise essentiellement à informer le CER de l'avancement des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CER en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et doit réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus.**



## Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Date de dépôt du formulaire : **2020-11-11 10:53**

Déposé par : **Paquette, Lysane**

Date d'approbation du projet par le CER : **2018-10-10**

Identifiant Nagano : **3045**

Numéro(s) de projet : **2019-492, 3045**

Formulaire : **F9-4694**

Statut du formulaire : **Approuvé**

### Suivi du BCER

#### 1. **Objet: renouvellement de l'approbation éthique**

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:*

2021-12-10

**Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.**

**Si votre projet se termine avant cette échéance, vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin de signifier au CER la fin de votre projet de recherche.**

**Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.**

**Appendice R**

Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
www.uqo.ca/ethique  
Comité d'éthique de la recherche

#### **Formulaire de consentement**

#### **La description de l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs dès le début de leur exercice professionnel**

Stéphanie Daigle étudiante-chercheure – Sciences infirmières – Directrice Martine Mayrand Leclerc  
Co-directrice Lysane Paquette

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre l'expérience du leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées exerçant sur une unité de soins intensifs dès le début de votre exercice professionnel. Les objectifs de ce projet de recherche sont : décrire les facteurs aidants et les facteurs limitant l'acquisition du leadership clinique lors de votre exercice professionnel aux soins intensifs. Cette recherche a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (#3045).

Votre participation à ce projet de recherche consiste à une entrevue, qui sera enregistrée et menée par l'étudiante-chercheure à la maîtrise. Lors de cette entrevue, un court questionnaire sur les informations sociodémographiques sera rempli et suivra une rencontre d'une durée de 45 à 60 minutes. Le moment et le lieu en seront fixés selon une entente mutuelle. Il est possible qu'à la suite de l'analyse du compte rendu intégral de notre rencontre, des clarifications soient nécessaires. Avec votre permission, nous validerons ensemble les éléments qui demanderont des clarifications ou de la validation.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'un code numérique sera attribué et associé à votre témoignage. Votre nom n'apparaîtra que sur le présent formulaire. Les résultats analysés seront présentés de façon globale, sous forme de résumés pour l'ensemble des participants, et non des informations individuelles. Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire, et possiblement dans un article et une conférence scientifique. Un résumé des résultats de la recherche peut vous être envoyé, sur demande. Les données recueillies seront conservées à mon domicile dans un coffre-fort dont je suis la seule à détenir la clé. Je serai donc la seule personne qui y aura accès ainsi que ma directrice qu'en de rares occasions. Elles seront détruites 5 ans après la fin de la collecte de données (en septembre 2023) par formatage du disque dur externe sur lequel les données numériques seront conservées et les documents papier seront déchiquetés.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans aucun préjudice. Dans ce cas, les données récoltées seront détruites immédiatement selon la méthode décrite ci-haut. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Cette recherche peut contribuer à une réflexion sur votre exercice professionnel en tant qu'infirmière et ne pourra, selon nous, que vous apporter une meilleure connaissance de soi. Dans l'éventualité où vous désirez poursuivre cette réflexion, vous pourrez trouver de l'aide psychologique au service d'aide aux employés de votre établissement de travail. L'étudiante-chercheure s'engage à vous accompagner dans vos démarches. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du leadership clinique de l'infirmière-soignante est le seul bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec moi Stéphanie Daigle, par téléphone [Info. Conf.] ou par courriel [Info. Conf.]. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec M André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais par téléphone : 819 595-3900, poste 3970 ou par courriel : [comité.ethique@uqo.ca](mailto:comité.ethique@uqo.ca).

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

**Consentement à participer au projet de recherche :**

Nom de la participante : \_\_\_\_\_ Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur : \_\_\_\_\_ Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## **Appendice S**

Nomination de direction et co-direction

Décanat des études  
 Reçu le  
 - 2 NOV, 2017  
 Université du Québec  
 en Outaouais



DE-31  
 (0016-00-01)

**NOMINATION DU DIRECTEUR DE RECHERCHE**

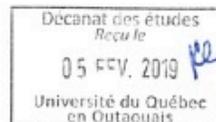
IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent	
Nom de famille DAIGLE	Prénom STEPHANIE
Nom et code du programme MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIERES (AVEC MMDIRE) #3576	
Trimestre d'admission HIVER 2017	
<i>Stephanie Daigle</i> Signature de l'étudiant	2016-12-20 Date

DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ	
<input checked="" type="checkbox"/> NOMINATION	<input type="checkbox"/> CHANGEMENT
<input type="checkbox"/> AJOUT DE CODIRECTION	
Prénom et nom <i>Martine Maynard Leclerc</i>	Département
Prénom et nom (codirecteur, s'il y a lieu)	Département
<small>Responsabilités du directeur de recherche</small> Le directeur de recherche d'un étudiant a pour responsabilités : a) d'agir, à l'égard de cet étudiant, à titre de tuteur; b) d'aider l'étudiant à définir son projet de recherche; c) de guider l'étudiant tout au long de la réalisation de son projet de recherche; d) de convenir avec l'étudiant des conditions de son encadrement durant la réalisation de son projet de recherche; e) de procéder, par écrit à l'évaluation trimestrielle de l'étudiant; f) d'autoriser le dépôt final du travail de recherche; g) et de superviser l'étudiant dans le processus de corrections du travail de recherche; h) et de veiller à ce que l'étudiant se conforme à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains <small> Régime des cycles supérieurs, article 5.6</small>	
Condition (s) d'encadrement (à remplir si différent des responsabilités normales du directeur)	
<i>Martine Maynard Leclerc</i> Signature du directeur de recherche proposé	21 déc. 2016 Date
Signature du codirecteur de recherche proposé	Date

DÉCISION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME	
Je recommande la nomination des personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.	
<i>Amélie Lucie Lemel</i> Responsable du programme	16 oct 2017 Date

DÉCISION DU DOYEN DES ÉTUDES	
Je nomme les personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.	
<i>Raouf Saucant</i> Doyen des études	06/11/2017 Date

Vous devez retourner le formulaire au secrétariat du Décanat des études


 DE-11  
 (2015-02-01)

**NOMINATION DU DIRECTEUR DE RECHERCHE**

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent	
Nom de famille DAIGLE	Prénom STEPHANIE
Nom et code du programme MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (AVEC MÉMOIRE) #3576	
Trimestre d'admission HIVER 2017	
<i>Stephanie Daigle</i> Signature de l'étudiant	2019-01-23 Date

DIRECTEUR DE RECHERCHE PROPOSÉ	
<input type="checkbox"/> NOMINATION <input type="checkbox"/> CHANGEMENT <input checked="" type="checkbox"/> AJOUT DE CODIRECTION	
Prénom et nom MARTINE MAYRAND LECLERC	Département SCIENCES INFIRMIÈRES
Prénom et nom (codirecteur, s'il y a lieu) LYSANE PAQUETTE	Département SCIENCES INFIRMIÈRES
<b>Responsabilités du directeur de recherche</b> Le directeur de recherche d'un étudiant a pour responsabilités : a) d'agir, à l'égard de cet étudiant, à titre de tuteur; b) d'aider l'étudiant à définir son projet de recherche; c) de guider l'étudiant tout au long de la réalisation de son projet de recherche; d) de convenir avec l'étudiant des conditions de son encadrement durant la réalisation de son projet de recherche; e) de procéder, par écrit, à l'évaluation trimestrielle de l'étudiant; f) d'autoriser le dépôt final du travail de recherche; g) et de superviser l'étudiant dans le processus de corrections du travail de recherche; h) et de veiller à ce que l'étudiant se conforme à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains avant le début et pendant toute la durée des activités de recherche <i>Règles des cycles supérieurs, article 5.8</i>	
Condition (s) d'encadrement (à remplir si différent des responsabilités normales du directeur)	
<i>Martine Mayrand Leclerc</i> Signature du directeur de recherche proposé	2019-01-23 Date
<i>Lysane Paquette</i> Signature du codirecteur de recherche proposé	2019-01-23 Date

DÉCISION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME	
Je recommande la nomination des personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.	
<i>Suzanne Lemire</i> Responsable du programme	30 JAN 2017 Date

DÉCISION DU DOYEN DES ÉTUDES	
Je nomme les personnes ci-haut mentionnées à titre de directeur et, s'il y a lieu, de codirecteur de recherche.	
<i>Maurice Paucant</i> Doyen des études	08/02/2019 Date

Vous devez retourner le formulaire au secrétariat du Décanat des études

## **Appendice T**

Approbation du sujet de recherche

**APPROBATION DU SUJET DE RECHERCHE**

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT	
Code permanent	
Nom de famille	DAIGLE
Prénom	STEPHANIE
Nom et code du programme	
MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIERES (AVEC MMOIRE) #3576	
Directeur de recherche	
MARTINE MAYRAND LECLERC	

SUJET DE RECHERCHE	
Sujet de la recherche	
LEADERSHIP CLINIQUE DES INFIRMIERES NOUVELLEMENT DIPLOMEES PRATIQUANT EN SOINS CRITIQUES	
Mots clés (cinq au maximum permettant d'identifier la discipline et le sujet de recherche)	
LEADERSHIP, INFIRMIERES NOUVELLEMENT DIPLOMEES, SOINS CRITIQUES	
Résumé de la recherche	
Décrire l'expérience de leadership clinique des infirmières nouvellement diplômées de moins de 2 ans d'expérience dans la profession infirmière qui pratique dans un milieu de soins critiques comme l'urgence et les soins intensifs	

*Stephanie Daigle* 2016-12-20  
Signature de l'étudiant Date

*Martine Mayrand Leclerc* 21 décembre 2016  
Signature du directeur de recherche Date

RÉSERVÉ AU RESPONSABLE DU PROGRAMME	
(Après présentation du sujet au comité du programme s'il y a lieu)	
Le sujet de recherche mentionné ci-dessus et approuvé le _____ est exclusif à _____	
tant que ce dernier est inscrit au programme	
Signature du responsable de programme	Date