

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
NATHALIE BOULET-FOURNIER

LA PLEINE OCCUPATION DU CHAMP DE PRATIQUE :
LE RÔLE DU LEADERSHIP INFIRMIER

JUILLET 2024

Sommaire

Problématique. Le leadership infirmier est une compétence pouvant exercer une influence sur la pratique infirmière et sur les résultats souhaités envers les personnes soignées, leurs familles et les professionnelles et professionnels qui gravitent autour. Le but de ce leadership vise des soins et services optimaux. La pratique infirmière comprend un ensemble d'activités qui sont reliées au champ de pratique touchant plusieurs aspects de la profession. La pratique infirmière évolue et les besoins de la population se complexifient ce qui nécessite que l'infirmière ou l'infirmier occupe pleinement son champ de pratique. L'utilisation optimale du champ de pratique et du leadership sont bénéfiques pour l'exécution de soins infirmiers qui soutiennent la santé des personnes soignées. **But.** Le but de cette recherche est de mieux comprendre le leadership infirmier et son influence sur la pleine occupation du champ de pratique. **Méthode.** Pour les fins de cette recherche, le devis choisi est une étude de cas unique avec des sources de données qualitatives et quantitatives. Le cas est une unité de soins actifs pour adultes située dans un centre hospitalier en région rurale. Les sources de données sont des questionnaires autorapportés, des entrevues individuelles semi-structurées et des séances d'observation. **Résultats.** Les résultats obtenus ont permis d'explorer l'influence du leadership infirmier sur la pleine occupation du champ de pratique. Selon le Questionnaire de l'Étendue de la Pratique Infirmière (QÉPI), pour les six dimensions comportant vingt-six activités essentielles pour les infirmiers et les infirmières, les résultats recueillis ont démontré que l'étendue de la pratique n'est pas optimale à plusieurs niveaux. Le niveau de complexité 1 est davantage présent dans les données recueillies au détriment des niveaux de

complexité plus élevés ce qui peut laisser croire que les compétences infirmières sont sous-utilisées. La dimension 4 du QÉPI, qui touche la compétence du développement des ressources humaines du modèle théorique de cette recherche, a obtenu le plus faible résultat comparativement aux autres (3,55/6 ; Écart-type 0,43). Cette dimension, qui demande de posséder un leadership, semble être laissée de côté au profit des autres dimensions. **Discussion.** La discussion a permis d'explorer davantage l'impact du leadership infirmier sur la pleine occupation du champ de pratique et doit être considérée comme une compétence essentielle à la pleine occupation du champ de pratique. Trois principaux constats ressortent de cette étude : 1) la participation à l'intégration et à la supervision du personnel infirmier favoriserait une meilleure occupation du champ de pratique ; 2) Les infirmières et les infirmiers qui démontrent de la confiance en soi et qui communiquent avec les membres de l'équipe de soins et les personnes soignées semblent avoir plus de facilité à démontrer du leadership et à occuper leur champ de pratique. 3) L'occupation du champ de pratique est modulée par plusieurs éléments qui facilitent ou contraignent la pratique. **Conclusion.** Les résultats de cette étude sont en concordance avec la littérature en ce qui concerne le leadership infirmier lequel est considéré comme essentiel pour la profession infirmière. Il a été possible de répondre à la question de recherche et de contribuer à l'avancement des connaissances sur le leadership infirmier et la pleine occupation du champ de pratique. Il est primordial de mettre en place des conditions idéales de pratique afin de promouvoir le développement du leadership, telles que la formation le soutien et le mentorat auprès des infirmières et infirmiers et se doter d'une organisation du travail qui favorisent la pleine occupation du champ de pratique.

Mots clés. Leadership infirmier, pleine occupation du champ de pratique infirmière, modèle infirmier, compétences clés.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Liste des abréviations	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Problématique	4
But, objectif, question de recherche	12
Recension des écrits	14
Stratégie de recherche documentaire	15
Le champ de pratique des infirmières et infirmiers	16
Contraintes au champ de pratique infirmier	18
Leadership infirmier	19
Rôle du leadership dans la profession infirmière	21
Méthodologie	31
Devis de recherche	32
Définition du cas de l'étude de cas unique	32
Concepts à l'étude	33

Leadership infirmier.....	33
Étendue de pratique.....	34
Position ontologique et épistémologique	35
Milieu à l'étude	36
Population, Échantillon et méthode d'échantillonnage	37
Population	37
Échantillon	37
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	38
Méthode d'échantillonnage	38
Méthodes et outils de collecte des données.....	38
Questionnaire d'étendue de la pratique des infirmières (QÉPI)	39
Questionnaire sociodémographique professionnel	40
Observation directe	40
Entrevue individuelle semi-dirigée	41
Groupe de discussion focalisée	42
Journal de bord.....	43
Déroulement de la collecte de données.....	43
Analyse des données	44
Critères de scientificité.....	46
Crédibilité et validité interne.....	46
Transférabilité et validité externe.....	46
Fiabilité et la fidélité	47

Confirmabilité	47
Considérations éthiques	47
Résultats	50
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	51
Description de l'étendue de la pratique infirmière selon le cas	52
Description des compétences de leadership infirmier par personne participante	62
Personne participante 1	62
Personne participante 2	68
Personne participante 3	74
Personne participante 4	79
Synthèse de résultats	89
Discussion	93
Le leadership infirmier et l'occupation du champ de pratique	95
Contribution à l'intégration et supervision du personnel : stratégies pour une meilleure occupation du champ d'exercice	96
La confiance en soi et la communication interprofessionnelle : deux leviers à l'exercice du leadership infirmier et à la pleine occupation du champ de pratique ...	101
Plusieurs éléments modulent l'occupation du champ de pratique infirmier.....	104
Contributions théoriques	106
Contributions méthodologiques	108
Forces et limites de l'étude	109
Forces	109

Limites.....	110
Recommandations.....	111
Pratique.....	111
Recherche.....	112
Gestion.....	113
Conclusion.....	115
Références.....	120
Appendice A : Questionnaire sociodémographique et professionnel.....	130
Appendice B : Affiche de recrutement des personnes participantes.....	132
Appendice C : Grille d’observation des personnes participantes.....	134
Appendice D : Guide d’entrevue individuelle semi-dirigée.....	138
Appendice E : Guide semi-dirigé pour le groupe de discussion focalisé.....	143
Appendice F: Formulaire d’information et de consentement.....	146
Appendice G : Approbation éthique.....	151

Liste des tableaux

Tableau 1. Modifications apportées au modèle original de Sherman.....	27
Tableau 2. Les compétences adaptées de Sherman et al. assorties des comportements clés.....	28
Tableau 3. Tableau des données sociodémographiques des personnes participantes.....	52
Tableau 4. Portrait de l'étendue de pratique selon les caractéristiques de chaque personne participante.....	54
Tableau 5. Moyennes des dimensions et écart-type du QÉPI.....	57
Tableau 6. Résultats et moyenne du QEPI pour l'ensemble des personnes participantes	58

Liste des figures

Figure 1. Dimensions considérées pour la pleine occupation du champ de pratique.....	24
Figure 2. Modèle adapté du modèle original de Sherman par Mathieu et al. (2016).....	25
Figure 3. Synthèse des résultats de l'étude de cas.....	92

Liste des abréviations

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CCER : Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux

CER : Comité d'éthique de la recherche

ÉPI : Étendue de la pratique infirmière

ÉEPI : Étendue effective de la pratique infirmière

GDF : Groupe de discussion focalisé

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

QÉPI : Questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière

UQAC : Université du Québec à Chicoutimi

Remerciements

Je tiens à faire des remerciements sincères à mes deux directrices : Professeure Véronique Roberge et Professeure Marie-Eve Poitras. Merci pour votre soutien tout au long de ce parcours parsemé d'apprentissages, de cheminement, mais aussi de doute et de remise en question pour lesquels vous avez su me prodiguer de précieux conseils et un soutien remarquable.

Je remercie aussi les infirmières et infirmiers qui ont accepté de prendre part à cette recherche. Merci pour votre dévouement. Merci également à mon gestionnaire, mes collègues ainsi qu'à toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien, de près ou de loin.

Je remercie sincèrement mes deux enfants, Nicolas et Alexandra. Sans le savoir, vous m'avez donné le courage de continuer et j'espère vous avoir transmis l'importance de la persévérance et de toujours croire en vous et en vos rêves. Vous êtes ma plus grande source de motivation. Je tiens à remercier également mon mari pour sa compréhension et son soutien moral dans les moments difficiles de ce cheminement. Merci de m'avoir donné tant d'encouragements et la force pour me rendre jusqu'au bout.

Tous ensemble, vous faites partie de cet accomplissement.

Introduction

Comment le leadership infirmier peut-il influencer le plein déploiement de la pratique infirmière ? Parmi d'autres facteurs, l'organisation des soins de santé et du travail a longtemps été ciblée comme étant un des principaux obstacles au déploiement de la pratique fondée sur les données probantes (de Vries & Curtis, 2019; Déry et al., 2017). Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle essentiel dans plusieurs volets de la profession, dont l'élaboration des politiques locales, organisationnelles et provinciales. Elles et ils possèdent une capacité d'influence unique qu'elles et qu'ils doivent mettre de l'avant afin de déployer pleinement leur rôle et leur champ de pratique (Disch, 2020).

Par l'entremise de leur pratique basée sur le leadership infirmier, les infirmières et les infirmiers peuvent avoir un impact direct sur les soins de santé dispensés à la population (Adams, 2018). Pour y parvenir, elles et ils doivent développer la compétence liée au leadership dès le début de leur pratique et tout au long de leur carrière afin d'assumer pleinement leur rôle.

Le premier chapitre explique la problématique en lien avec la pleine occupation du champ de pratique et l'évolution du rôle infirmier. Par la suite, la recension des écrits est présentée et aborde le champ de pratique des infirmières et infirmiers, les contraintes à sa pleine occupation, le leadership infirmier et son rôle dans l'occupation

du champ de pratique. Le troisième chapitre touche la méthodologie de la recherche à l'intérieur duquel seront présentés la position ontologique et épistémologique ainsi que le choix du devis. Le quatrième chapitre énonce les résultats obtenus selon les données recueillies au moyen de questionnaires, d'entrevues, de séances d'observation et d'un groupe de discussion focalisé. Le cinquième et dernier chapitre présente la discussion des principaux constats, les forces et limites de l'étude ainsi que les recommandations pour la pratique, la recherche et la gestion. Finalement, la conclusion est exposée.

Problématique

Le leadership infirmier est une compétence qui est associée à la pleine occupation du champ de pratique (Dever et al., 2015; Emami, 2019; Germain & Cummings, 2010; Mathieu et al., 2016). Il est important de spécifier que dans le domaine des sciences infirmières, il existe peu de définitions claires du leadership (Mathieu et al., 2016). Toutefois, certains auteurs décrivent le leadership infirmier comme étant une influence positive exercée par l'infirmière ou par l'infirmier envers les personnes soignées, leur famille et l'équipe dont le but ultime est d'assurer des soins et services optimaux, intégrés et orientés vers la santé et le rétablissement des personnes soignées (Maranda & Lessard, 2017). Le champ de pratique, quant à lui, établit les domaines de pratique d'une profession et marque les balises de la pratique professionnelle en rassemblant diverses activités réservées reliées à cette dite profession (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Les infirmières et les infirmiers peuvent jouer un rôle clé auprès des personnes soignées et au sein de l'équipe de soins en misant sur leurs compétences et leur leadership pour la pratique des soins infirmiers (M. P. Ducharme et al., 2017; Maranda & Lessard, 2017). Cela pourrait s'avérer bénéfique pour améliorer les comportements professionnels des infirmières et infirmiers (Manojlovich, 2005; Maranda & Lessard, 2017).

En dépit de l'évolution des soins infirmiers vers une autonomie professionnelle, des changements législatifs ainsi que des modifications au regard de l'encadrement de la pratique, l'infirmière ou l'infirmier n'arrive toujours pas à assumer pleinement son champ de pratique en lien avec un éventail de facteurs organisationnels et individuels (Boucher, 2021; Cannaby et al., 2020; Déry et al., 2017). Les besoins en soins de la santé dispensés à la population ont évolué, ainsi que leur niveau de complexité ce qui soulève des inquiétudes face à celles et ceux qui n'assument pas pleinement leur champ de pratique. Pour cause, les infirmières et infirmiers jouent un rôle déterminant dans l'efficacité, la performance et l'efficience du système de santé (Déry, 2017; Pangop et al., 2020). Une utilisation optimale de leurs compétences serait bénéfique à tous les points de vue, tant pour la satisfaction au travail que l'accès aux soins de santé (Cummings et al., 2010; Déry, 2019; OIIQ, 2021; Pangop et al., 2020).

Les infirmières et infirmiers consacrent une grande partie de leur temps de travail à l'exécution de tâches non-infirmières au détriment des activités qui sont exclusives à leur champ de pratique (Déry et al., 2017). Cela entraîne des répercussions négatives sur les infirmières et infirmiers en occasionnant, entre autres, une insatisfaction au travail causant du désengagement professionnel et le désir de quitter la profession (Déry, 2019). Des répercussions sont également constatées pour les personnes soignées comme des événements indésirables au niveau des soins infirmiers reçus, une perception de la baisse de la qualité des soins et des soins non reçus qui peuvent avoir un impact sur leur rétablissement (Déry et al., 2017). Tout ceci a un lien direct avec le sous déploiement du

champ de pratique et les contraintes qui y sont reliées, car les infirmières et les infirmiers ne sont pas en mesure de réaliser l'ensemble des activités de soins qui demande de mettre à profit le jugement clinique, de procéder à l'enseignement et à la coordination des soins (Déry, 2017, 2019; Ganz et al., 2016).

Le Québec ne fait pas exception des autres provinces du Canada. Des études portant sur la pratique infirmière et les facteurs qui influencent positivement ou négativement l'occupation du champ de pratique démontrent clairement que les infirmières canadiennes et infirmiers canadiens n'occuperaient pas l'entièreté de leur champ de pratique ce qui a un impact sur les soins dispensés à la population (Oelke et al., 2008). Ces constats sur la pratique infirmière, mis en lumière il y a plusieurs années, seraient toujours d'actualité selon différents auteurs (Déry et al., 2016; Déry et al., 2017; OIIQ, 2021). Dans le même ordre d'idées, Nathenson et al. (2007) soulevaient le même constat dans leur recherche effectuée aux États-Unis qui démontrait que les infirmières et infirmiers ne déployaient pas leur plein champ de pratique selon leur champ de compétences. En Nouvelle-Écosse, scientifiques ont fait un lien entre les compétences des infirmières et infirmiers et le développement de stratégies de leadership qu'ils ont jugé essentiel afin de mieux promouvoir les soins infirmiers et ainsi, optimiser la qualité des soins pour les personnes soignées (Hebb, 2018).

La profession infirmière a grandement évolué depuis les dernières décennies. Cette discipline, d'abord associée à un rôle d'exécutant sous supervision médicale, est passée à

celui d'une professionnelle ou d'un professionnel autonome œuvrant au sein d'une équipe multidisciplinaire dans le système de santé (Cohen, 2000). Vers les années 1920, la profession évolue lentement et connaît une augmentation du nombre d'infirmières et d'infirmiers passant de 463 en 1911 à 3142 en 1920. Entre 1920 à 1946, une grande majorité de femmes, soit à 93,8 %, occupe cette profession. L'évolution du rôle au Québec s'est caractérisée par l'émergence d'une forte demande de soins davantage spécialisés pour laquelle de plus en plus de place et d'importance est accordée (Cohen, 2000). Dès 1946, les infirmières et infirmiers doivent faire partie d'une association professionnelle reconnue pour exercer la profession. La pratique des soins infirmiers commence alors à se faire encadrer par un régime qui avait pour but la protection du public (Cohen & Dagenais, 1987; OIIQ, 2001). L'année 1973 fut importante dans l'évolution de la pratique infirmière en encadrant de façon législative l'exercice infirmier avec l'adoption de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (OIIQ, 2001). Les infirmières et les infirmiers sont alors considérés comme des professionnelles et des professionnels détenant toutes les compétences leur permettant de prendre des décisions fondées sur le jugement clinique. Elles et ils sont alors considérés comme une et un partenaire de soins pour la personne soignée et sa famille afin de mieux identifier leurs besoins, de contribuer aux méthodes diagnostiques, promouvoir la santé, prévenir la maladie et de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale (OIIQ, 2021; La loi sur les infirmières et infirmiers, Chapitre I-8; Pangop et al., 2020).

En 2001, l'OIIQ déposait un mémoire qui brossait un portrait exhaustif sur la vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec ainsi que son évolution souhaitée (OIIQ, 2001). L'année suivante, en 2002, l'adoption de l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers redéfinissait la pratique et le domaine d'interventions spécifiques de la profession infirmière. Cette loi est venue encadrer davantage la pratique infirmière au Québec en autorisant d'autres professionnelles et professionnels que les médecins, entre autres les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités jusque-là exclusives aux médecins (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002). Par la suite, la Loi 90 adoptée par l'Assemblée nationale, prévoyant un nouveau partage du champ de pratique des professionnelles et professionnels du domaine de la santé et ouvrait ainsi un autre horizon à la pratique infirmière. Cette évolution de l'encadrement venait bonifier le champ de pratique des infirmières et des infirmiers qui nécessite alors davantage de compétences pour atteindre la pleine occupation du champ de pratique (Office des professions du Québec, 2002).

Le leadership infirmier est considéré comme une compétence importante dans la pleine occupation du champ de pratique et le contexte de pratique est présentement très favorable au développement de la profession infirmière (Berger & Ducharme, 2019; OIIQ, 2020; OIIQ, 2021). Parmi ces différentes variables qui sont considérées dans la pleine occupation du champ de la pratique infirmière, le leadership infirmier semble être un aspect important exploré par d'autres auteurs (Godin, 2018; Smith & Johnson, 2018). Le leadership infirmier exerce une influence positive sur l'occupation du champ de pratique

et la réalisation d'activités infirmières. Le fait de mobiliser le leadership des infirmières et des infirmiers en milieu de soins pourrait soutenir le rehaussement de la pratique et favoriser la pleine occupation de leur champ de pratique (Harvey et al., 2020; Jutras et al., 2018).

Malgré l'évolution et les changements au regard des lois et de l'encadrement de la pratique, l'infirmière ou l'infirmier n'arrive toujours pas à assumer pleinement son rôle (Déry et al., 2017). Une étude canadienne menée par Oelke et al. (2008) auprès de 167 infirmières et infirmiers travaillant en soins aigus, portant sur l'utilisation de la main-d'œuvre infirmière et sur les facilitateurs et les obstacles qui sont liés au champ de pratique, stipulait que seulement 48 % des infirmières et des infirmiers utiliseraient la pleine étendue de leur pratique. Plusieurs obstacles ont été identifiés comme étant reliés à une trop grande charge de travail, une acuité de soins élevée, un manque de temps et une communication interprofessionnelle déficiente qui amène un travail d'équipe inefficace (Oelke et al., 2008). À l'inverse, les facteurs facilitateurs ont été répertoriés comme étant un travail d'équipe efficace et concerté, un soutien organisationnel et la formation professionnelle continue. Tous ces obstacles ont un lien direct avec la satisfaction au travail et par le fait même, sur l'attraction et la fidélisation des infirmières et infirmiers envers la profession et le système de santé (Oelke et al., 2008).

D'autres études démontrent que certaines activités sont omises par les infirmières et infirmiers par manque de temps, telles que l'évaluation, la surveillance clinique et

l'enseignement (Déry, 2019; Déry et al., 2015b; Déry et al., 2017). L'omission de ces activités, partiellement causée par des contraintes organisationnelles et individuelles, démontre qu'il y a un écart entre l'étendue de pratique et l'étendue effective (D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2017; Harvey et al., 2020). L'écart entre l'étendue de pratique et l'étendue effective mène à une diminution de la qualité des soins perçus, une hausse des événements indésirables, une diminution de la satisfaction des personnes soignées, une augmentation de l'insatisfaction vécue au travail et de l'intention de quitter la profession (Allard et al., 2010; Déry et al., 2016). Ces constats ont aussi été soulevés lors des états généraux de la profession infirmière (OIIQ, 2021). Notamment, le rapport de commissaires fait état d'un éventail de facteurs qui peut mener au sous-déploiement de la pratique infirmière. Parmi ces différentes variables qui sont considérées dans la pleine occupation du champ de pratique infirmière, le leadership infirmier semble être un aspect très important évoqué par différents auteurs (Godin, 2018; Smith & Johnson, 2018).

Le leadership infirmier est une forme de leadership qui fait de plus en plus l'objet de recherche dans la pratique infirmière. L'impact positif du leadership infirmier sur la qualité des soins, le travail d'équipe, le bien-être personnel et professionnel en milieu de travail intéresse de plus en plus la recherche tant pour les organisations professionnelles que les établissements d'enseignement (Dariel, 2017; Margat et al., 2023; Organisation mondiale de la Santé, 2020). Ces professionnelles et professionnels qui font preuve de ce type de leadership démontrent une influence positive dans toutes les sphères de leur pratique et cela a pour but ultime d'assurer des soins de qualité, sécuritaires et des services

optimaux orientés vers la santé et le mieux-être des personnes soignées (Dariel, 2017; Maranda & Lessard, 2017). Le leadership aiderait autant à répondre aux besoins de plus en plus complexes qu'en favorisant le travail interdisciplinaire que requièrent les épisodes de soins complexes (Long & Spurgeon, 2012).

Le sous-déploiement de la pratique infirmière est préoccupant et il est important de se questionner sur cette problématique afin de trouver d'éventuelles pistes de solution. Le leadership infirmier doit être considéré comme une compétence importante dans l'occupation du champ de pratique et le contexte favorable est une opportunité de développement pour la profession infirmière (Berger & Ducharme, 2019; OIIQ, 2020; OIIQ, 2021). Pour l'ensemble de ces raisons, cette étude portera sur la compétence du leadership infirmier comme étant une piste de solution à la pleine occupation du champ de pratique.

But, objectif, question de recherche

Le but de cette recherche est de comprendre comment le leadership infirmier influence la pleine occupation du champ de pratique en milieu hospitalier. L'objectif est de comprendre comment font les infirmières et les infirmiers au quotidien pour occuper leur champ de pratique et comment elles et ils démontrent du leadership infirmier avec les contraintes individuelles, professionnelles et organisationnelles dans leur milieu de soins. La question de recherche se formule donc ainsi : comment le leadership infirmier

influence-t-il la pleine occupation du champ de pratique de l'infirmière ou l'infirmier en exercice ?

Recension des écrits

Dans ce chapitre, les écrits recensés à partir de la stratégie de recherche explicitée ci-bas seront exposés afin de présenter les principales connaissances en lien avec le sujet de recherche. Le but de cette recension est de faire état des connaissances sur le leadership infirmier et l'occupation du champ de pratique des infirmières et infirmiers afin d'explorer l'impact du leadership infirmier sur la pleine occupation de leur champ de pratique. Cette recension abordera la stratégie de recherche, le champ de pratique des infirmières et infirmiers, le leadership infirmier et les études tenant compte de la relation entre le champ de pratique et le leadership infirmier.

Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire a été effectuée à partir des banques de données scientifiques tous devis confondus, MEDLINE (n = 173) et CINAHL (n = 310). Les mots-clés utilisés sont les suivants: nurs* AND leadership AND scope of practice NOT practitioner NOT advanced practice nurse. Les critères d'inclusion étaient les suivants : articles portant sur l'occupation du champ de pratique, le leadership infirmier ou les obstacles et les facilitants à l'occupation du champ de pratique. Les critères d'exclusion concernaient les infirmières et les infirmiers en pratique avancée et les praticiennes spécialisées et les praticiens spécialisés. À la suite d'un premier survol, 193 articles ont été sélectionnés pour une lecture. Après la lecture, 85 articles furent retenus et inclus dans ce mémoire pour leur pertinence avec le sujet de recherche. Les articles ont été classés,

dans un premier temps, en catégories par leurs titres et leurs résumés selon les sujets. Dans un deuxième temps, une lecture en profondeur des articles, par catégories, a été effectuée pour finalement procéder à une sélection des articles qui étaient en lien avec la question de recherche. Plusieurs constats sont ressortis sur l'étendue de la pratique, le leadership infirmier ainsi le lien qui unit ces deux concepts.

Le champ de pratique des infirmières et infirmiers

Chaque profession est régie par des lois qui encadrent et définissent leur champ de pratique et qui autorisent un ensemble d'activités professionnelles selon le respect d'actes et d'activités précises afin d'assurer la protection du public dans le cadre de l'exercice de la profession (OIIQ, 2016). Les critères de compétences et des connaissances exigées dans l'exercice de la profession y sont encadrés (OIIQ, 2012). Ce champ est défini par des lois et règlements provinciaux et/ou territoriaux, complété par des normes et des lignes directrices (Casey et al., 2015; OIIQ, 2016; The Canadian Nurses Association, 2015). Selon Ganz et al. (2016), le champ de pratique fait référence aux actions posées (ce que fait l'infirmière et l'infirmier), aux fonctions (ce que doit accomplir l'infirmière et l'infirmier) et aux procédures (la façon d'accomplir ses fonctions et ses obligations) que les infirmières et infirmiers sont légalement autorisés à effectuer dans le cadre de leur travail. Pour ce mémoire, la définition de l'OIIQ a été retenue. Selon l'OIIQ, le champ de pratique de la profession infirmière comporte 17 activités réservées à l'infirmière ou l'infirmier. Une activité est définie comme étant un acte que l'infirmière et l'infirmier est légalement autorisé d'effectuer. L'ensemble de ses actes constitue le champ de pratique. Le champ de pratique consiste, entre autres, à évaluer l'état de santé, à déterminer les

plans de soins et en assurer la réalisation, à prodiguer les soins et traitements infirmiers et médicaux afin de rétablir ou maintenir la santé, prévenir la maladie et dispenser les soins palliatifs (OIIQ, 2016). La pleine occupation du champ de pratique se transpose comme étant une attribution optimale des soins par l'application des activités réservées à l'infirmière ou l'infirmier afin qu'elle ou il accomplisse les soins à dispenser (Pangop et al., 2020). En ce qui concerne l'étendue de la pratique infirmière (ÉPI), celle-ci se définit comme étant l'ensemble des fonctions et responsabilités légales que l'infirmière et l'infirmier détiennent (D'Amour et al., 2017). L'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI) est la pratique réelle vécue au quotidien par les infirmières et infirmiers (D'Amour et al., 2017).

Roy et al. (2015) se sont intéressées au concept de l'étendue de pratique. Ces auteurs soulignent que bien que l'étendue de pratique soit largement utilisée dans les écrits et la pratique infirmière, elle demeure pourtant abstraite ou peu définie. De nombreux auteurs décrivent également que l'occupation du champ de pratique est sous optimale, ambiguë et dénote un manque d'autonomie professionnelle (Best, 2020; Hatley et al., 2019; Michel et al., 2021). Par exemple, Déry et al. (2017) ont constaté que l'ÉPI est sous-optimale bien que l'ensemble des dimensions de l'étendue de pratique soit au cœur de la pratique infirmière et que les infirmières et infirmiers possèdent la formation et les compétences nécessaires afin d'avoir une étendue de pratique optimale (Déry et al., 2017).

Contraintes au champ de pratique infirmier

Parmi les facteurs contraignants de la pleine occupation du champ de pratique, il est noté que les contraintes organisationnelles et individuelles peuvent empêcher le développement des compétences (Boucher, 2021; Déry, 2019; Déry et al., 2017). Dans ces contraintes organisationnelles, il y a, entre autres, les conditions de pratique liées à l'organisation du travail, au soutien clinique déficient, au contexte défavorable à la pratique infirmière, au manque de technologie, à la surcharge de travail reliée au manque de ressources humaines ou à une organisation des soins inefficace (Boucher, 2021). Tout ceci contribue au déploiement sous-optimal du champ de pratique infirmier (Boucher, 2021). Pour ce qui est des contraintes individuelles, il y a la réticence aux changements et à l'évolution du rôle infirmier en lien avec la mentalité propre à chaque personne, à leurs craintes face aux changements, au confort relié à la routine de leur pratique actuelle, au fait que l'infirmière et l'infirmier considère davantage son rôle par les tâches qu'elle ou il accomplit comparativement aux activités, telles que l'évaluation, la surveillance et le suivi clinique (Boucher, 2021).

Plus de deux décennies ont passé depuis l'application de la loi 90 au Québec et l'occupation du champ de pratique des infirmières et infirmiers n'est toujours pas optimale (D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2017; Maranda & Lessard, 2017). En effet, plusieurs infirmières et infirmiers ont le sentiment de ne pas contribuer efficacement aux soins de santé, et ceci, à la hauteur de leurs connaissances et de leurs compétences (Déry, 2019). Des activités importantes de la pratique infirmière, telles que l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins, l'évaluation de la condition physique et mentale, l'éducation en

matière de santé, la réalisation des plans de traitement et la planification des épisodes de soins ainsi que la coordination de l'équipe sont trop souvent abandonnés au profit des tâches non spécifiques à la pratique (D'Amour et al., 2012; Déry, 2019; Déry et al., 2017; Roy et al., 2015). Le temps consacré à soutenir l'équipe à accomplir leurs tâches, comme par exemple, changer la literie, faire l'hygiène, distribuer des repas ou même, faire des tâches administratives constitue un obstacle à la pleine occupation du champ de pratique. Ces tâches, aussi importantes soient-elles, peuvent être accomplies par d'autres titres d'emploi (Déry et al., 2017; OIIQ, 2021; Furåker, 2009). Ce type de tâches freine l'occupation du champ de pratique, car les infirmières et infirmiers occupent leur temps de pratique à faire des tâches qui peuvent être faites par d'autres titres d'emploi et cela laisse peu de temps à l'occupation optimale du champ de pratique et la satisfaction professionnelle (Déry, 2019; Déry et al., 2017; OIIQ, 2021).

Leadership infirmier

Le leadership fait partie intégrante de la pratique clinique de l'infirmière, mais il est souvent associé à la gestion des soins de santé et peu à la pratique. Toutefois, le leadership infirmier est important autant pour la pratique clinique, le développement professionnel, la formation continue et la recherche (Adams, 2018; Berger & Ducharme, 2019; Mathieu et al., 2016; Sarver, 2019; Shirey, 2016). En déployant leur leadership infirmier, les infirmières et infirmiers ont un impact direct sur la qualité des soins de santé dispensés à la population en milieu hospitalier (Adams, 2018). Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), le leadership se manifeste dans l'ensemble des rôles et dimensions de la pratique et son développement progresse au fil de carrière de

l'infirmière ou de l'infirmier (AIIC, 2009). Le leadership infirmier implique de participer, de s'investir et de s'engager activement dans toutes les sphères de sa profession. Cela demande donc une proactivité de la part de ces professionnelles et professionnels (Berger & Ducharme, 2019). Selon Berger et Ducharme (2019), le leadership infirmier influence l'infirmière ou l'infirmier dans sa pratique ainsi que dans sa réflexion critique. Cela favorise grandement l'occupation optimale du champ de pratique en influençant l'infirmière ou l'infirmier dans ses actes, son jugement clinique et la prise en charge des personnes soignées. Le leadership infirmier est considéré comme une compétence essentielle à développer afin d'optimiser la pleine occupation du champ de pratique (AIIC, 2009; Mathieu et al., 2016; Sarver, 2019; Shirey, 2016).

Le leadership infirmier est essentiel pour la profession et son avancement afin de dispenser des soins de qualité et sécuritaires (Berger & Ducharme, 2019). Bien que cette compétence soit subjective, il est tout de même possible d'affirmer que le leadership implique une influence intentionnelle exercée sur autrui dans un but structurant qui facilite la guidance et le soutien au déploiement des activités et les relations avec un individu, un groupe ou une organisation (Cook, 1999; Patrick et al., 2011; Stanley, 2006).

Il existe différents types de leadership qui ne sont pas spécifique au leadership infirmier. Pour Curtis et al. (2011), c'est une forme de pouvoir et d'influence, attribuée à des personnalités fortes et dynamiques avec de grandes ambitions. Pour Bennis (1959), c'est un processus par lequel la personne incite un subordonné à se comporter de la manière qu'il est souhaité qu'il se comporte. Pour Daft et Lengel (2000), il représente la

capacité à influencer les gens pour qu'ils atteignent leurs objectifs et se concentrent sur la mission à accomplir. Pour Wehrich et Koontz (2005), ils le considèrent comme un concept d'influence afin que les gens s'efforcent volontairement et avec enthousiasme à prendre les moyens pour atteindre leurs objectifs. Chavez et Yoder (2015) définissent le leadership infirmier comme étant la capacité d'exercer une influence significative sans aucune autorité formelle ne lui étant attribuée afin d'atteindre des objectifs cliniques communs. Pour Berger et Ducharme (2019), le leadership infirmier consiste en la capacité d'influence sur autrui afin de modifier une situation ou de produire des changements. Il y a trois attributs qui forment le phénomène du leadership qui consiste à influencer, modifier et transformer un comportement ou une façon de penser (Berger & Ducharme, 2019). Cette dernière définition du leadership a été retenue pour cette présente étude, car elle correspond aux comportements que devraient développer les infirmières et les infirmiers dans leur pratique clinique, soit d'influencer les personnes soignées à modifier leurs comportements favorisant la santé et influencer les collègues de travail concernant les pratiques exemplaires.

Rôle du leadership dans la profession infirmière

L'AIIC considère que le leadership, dans la profession infirmière, consiste à porter un regard critique et une réflexion plus poussée. Il se manifeste dans chaque aspect de la profession et constitue une compétence importante pour les professionnels qui œuvrent dans le système de santé. L'infirmière ou l'infirmier démontre du leadership infirmier lorsqu'elle ou il pratique avec compétence, est engagé et prodigue des soins exemplaires (AIIC, 2009).

Le leadership peut sembler une solution intéressante afin d'optimiser l'occupation du champ de pratique et de soutenir les infirmières et infirmiers dans leur rôle. Certains auteurs ont constaté que les infirmières et les infirmiers, qui démontrent du leadership et une forte identité professionnelle, ont plus de facilité à occuper pleinement leur rôle, à agir en tant qu'agent de changement dans leur milieu et à diminuer la confusion de rôles (AIIC, 2009; Best, 2020; Buonocore, 2004; Lankshear et al., 2016; Mbalinda et al., 2023). Pour arriver à développer son identité professionnelle, plusieurs stratégies sont à considérer. Parmi ces dernières, les programmes de formation et le soutien en milieu de travail sont importants. Cela doit être intégré dans une approche transformatrice des comportements qui incluent le développement du jugement professionnel, le raisonnement clinique, l'autocritique et le sens des responsabilités élevé afin de développer une forte identité professionnelle et ultimement, mener au leadership infirmier (Mbalinda et al., 2023).

Maranda et Lessard (2017) affirment également que les infirmières et les infirmiers doivent démontrer un leadership infirmier afin d'assumer leur rôle. De plus, elles et ils doivent démontrer la capacité à exercer une influence positive sur les soins et les services dispensés aux personnes soignées en collaboration avec leur famille et l'équipe de soins. La finalité de ce leadership est d'assurer la dispensation de soins et services optimaux, qui sont intégrés et toujours orientés vers la santé et le mieux-être des personnes soignées (Maranda & Lessard, 2017). Le pouvoir d'influence déployé à des fins jugées importantes, jumelé à la pleine occupation du champ de pratique, a pour effet 1) de démontrer la capacité à modifier une situation de santé précise, 2) d'initier des changements de comportements favorisant le rétablissement et la santé et 3) d'arriver à transformer les

événements ou situations à venir. Le leadership facilite aussi la réponse aux besoins de plus en plus complexes et au travail interdisciplinaire que nécessitent les épisodes de soins complexes (Long & Spurgeon, 2012).

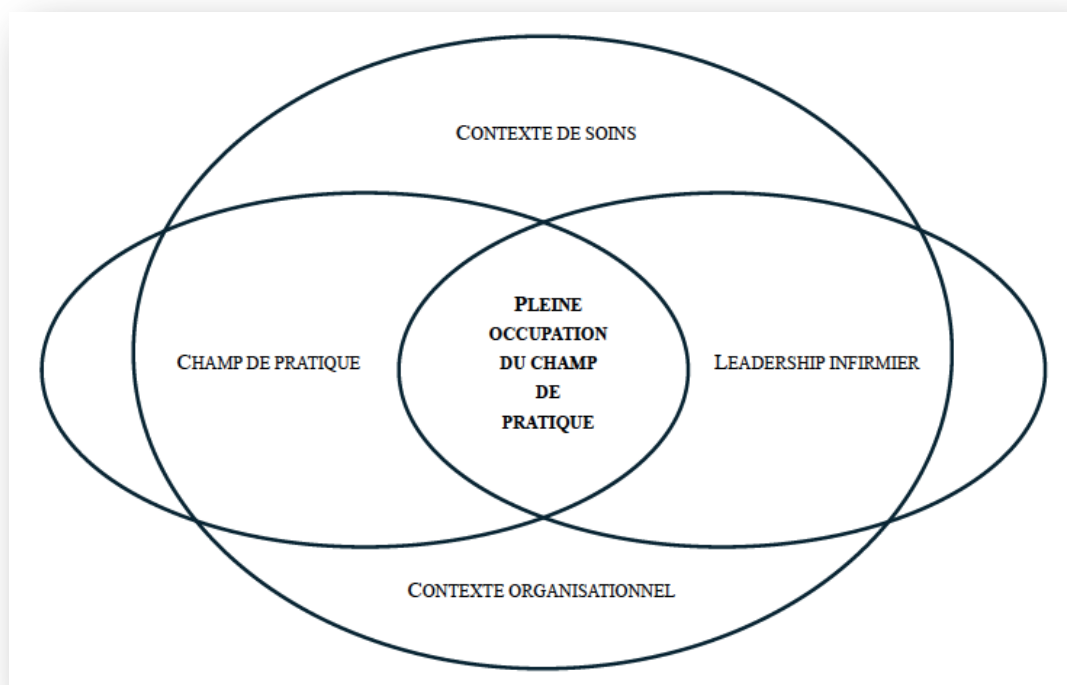
Dickson et Tholl (2011) ont développé un modèle de leaders pour le domaine de la santé. Ce modèle se nomme le Cadre LEADS ou le Cadre des capacités de leadership en santé (Dickson & Tholl, 2011). Le Cadre LEADS a été conçu principalement pour le développement du leadership et peut s'appliquer à toutes les professionnelles et tous les professionnels du réseau de la santé afin de fournir une structure de développement (Dickson & Tholl, 2011). Il a d'ailleurs été utilisé pour le développement du leadership infirmier des assistantes et assistants du supérieur immédiat dans plusieurs établissements canadiens (Benhaberou-Brun, 2019). Swanwick et McKimm (2011), des auteurs du Royaume-Uni, se sont intéressés au développement du leadership infirmier. Ils considèrent comme facteurs importants le rôle et les responsabilités du professionnel, le niveau d'engagement, le contexte politique et organisationnel et le développement professionnel. Ces auteurs ont examiné les facteurs influençant le leadership infirmier et leur impact sur le système de santé. Dans leur conclusion, ils évoquent l'importance et l'utilité de disposer d'un cadre de compétences structurant pour le développement du leadership pour les divers professionnelles et professionnels d'une organisation (Swanwick & McKimm, 2011).

Le leadership, jumelé aux compétences et aux connaissances, permet d'élargir l'occupation du champ de pratique en atteignant un niveau avancé de pratique dans le but

de répondre aux besoins des personnes soignées, peu importe le contexte de santé (Wood, 2021). Afin de mieux comprendre comment le leadership influence la pleine occupation du champ de pratique dans le milieu clinique, les dimensions suivantes ont été considérées et imagées par l'étudiante à la maîtrise, comme illustrée à la figure 1.

Figure 1.

Dimensions considérées pour la pleine occupation du champ de pratique



Le processus de recherche s'intègre dans une démarche intellectuelle et théorique dans le but de comprendre un phénomène ou un problème de recherche. Pour arriver à construire ces nouvelles connaissances, le sujet de recherche doit s'insérer dans une structure théorique qui facilite l'analyse des données, la compréhension et les

interprétations (Fawcett, 2009; Fortin, 2010). Pour cette recherche, le modèle conceptuel choisi est une adaptation du modèle original de Sherman adapté par Mathieu et al. (2016) (Figure 2).

Figure 2.

Modèle adapté du modèle original de Sherman par Mathieu et al., (2016)



Tiré de Mathieu et al. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée: proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113. Avec autorisation des droits d'auteurs.

Ce modèle a été conçu pour les infirmières et infirmiers gestionnaires et a été adapté en 2016 pour la pratique clinique afin de refléter la réalité de la pratique infirmière

de la Suisse et du Québec (Figure 2). Il décrit six compétences (Tableau 1), assorties de leurs comportements clés respectifs (Tableau 2) afin de développer son leadership. Ces six compétences sont : l'efficacité personnelle; l'efficacité professionnelle et interprofessionnelle; les pratiques cliniques exemplaires; la pensée systémique; le développement des ressources humaines; la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles. Le Tableau 1 indique les modifications apportées et les commentaires justifiant les modifications par Mathieu et al. (2016) au modèle original de Sherman et al. (Sherman et al., 2007). Les comportements clés attendus pour ces six compétences sont détaillés dans le Tableau 2.

Tableau 1

Modifications apportées au modèle original de Sherman et al. (2007)

Tableau 1 Explication des modifications apportées au modèle de Sherman et al. [3,4].		
Compétences du modèle original	Compétences dans le modèle modifié	Commentaires sur les modifications apportées
Efficacité personnelle	Efficacité personnelle	Même appellation de la compétence et sensiblement le même sens. Les comportements relatifs au « Prendre soin de soi » ont été ajoutés alors que dans le modèle original, ils figuraient dans la compétence « Prendre soin »
Gestion financière	Gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles	La gestion des ressources matérielles et celle des ressources informationnelles ont été ajoutées. Comme pour les autres compétences du modèle modifié, celle-ci doit être comprise dans la perspective de la gestion clinique et non dans la perspective d'une gestionnaire d'unité de soins. Cette posture a prévalu dans le choix des comportements clés
Gestion des ressources humaines	Développement des ressources humaines	Dans le modèle modifié, l'appellation a été modifiée pour insister sur le développement des ressources humaines dans la perspective du leadership clinique
Efficacité interpersonnelle	Efficacité professionnelle et interprofessionnelle	L'appellation de la compétence a été modifiée afin de tenir compte des habiletés intra- et interprofessionnelles
Prendre soin	Pratiques cliniques exemplaires	Les principales modifications apportées au modèle original concernent cette compétence. Dans le modèle original, le prendre soin cible le personnel, les patients et l'infirmière. Dans le modèle modifié, nous avons libellé la compétence « Pratiques cliniques exemplaires », avec l'intention d'insister sur la qualité de la pratique clinique et sur la capacité à mener des changements basés sur des preuves. Cette modification a été apportée puisque nous considérons que la qualité de la pratique clinique n'est pas suffisamment mise en valeur dans le modèle original. Cela peut s'expliquer par le fait que ce modèle a été élaboré pour des gestionnaires. Dans le modèle modifié, nous avons regroupé les comportements clés relatifs au prendre soin du personnel dans la compétence « Développement des ressources humaines », ceux du prendre soin du patient dans la compétence « Pratiques cliniques exemplaires » et ceux relatifs à prendre soin de soi dans la compétence « Efficacité personnelle »
Pensée systémique	Pensée systémique	Même appellation de la compétence et même sens dans les deux modèles

Tiré de Mathieu et al. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée: proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113. Avec autorisation des droits d'auteurs.

Tableau 2

Les compétences adaptées de Sherman et al. (2007) assorties des comportements clés

Tableau 2 Les compétences adaptées de Sherman et al. [3,4] assorties de comportements clés.
<p><i>Pratiques cliniques exemplaires : capacité de faire des choix éclairés afin d'analyser, suggérer, soutenir et développer des pratiques cliniques basées sur des preuves issues de la recherche</i></p> <p>Démontre une expertise clinique dans un domaine de spécialisation</p> <p>Évalue les besoins, établit des priorités, définit des plans d'action, en coordonne les réalisations et en évalue les effets</p> <p>Assure des pratiques cliniques basées sur les preuves scientifiques et appuyées sur des conceptions infirmières</p> <p>Établit un partenariat de soins avec la personne, sa famille et ses proches en tenant compte de la culture de ceux-ci et des incapacités éventuelles de communication suite à des problèmes de santé</p> <p>Surveille avec expertise l'état de santé du patient</p> <p>Démontre un jugement clinique sûr basé sur un raisonnement critique et éthique</p> <p>Met en œuvre des stratégies de promotion de la santé</p> <p>Capable d'élaborer des questions de recherche, de planifier, conduire ou coordonner des projets de développement clinique ou contribue à des projets de recherche qui ont pour finalité l'amélioration des processus cliniques dans sa spécialité</p> <p>Possède une vaste connaissance des approches complémentaires de soins ayant fait l'objet de recommandations dans sa spécialité et connaît l'évidence</p> <p>Démontre une capacité de développer des méthodes, techniques, processus et trajectoires de soins pour les patients aux profils les plus complexes dans sa spécialité</p> <p>Capable d'analyse critique des écrits et d'en synthétiser les connaissances par niveau de preuve pour émettre des recommandations pour la pratique</p> <p>Démontre une expertise en éducation pour la santé dans son domaine de spécialité et est capable d'établir un plan de développement et de valorisation d'autosoins qui tienne compte des étapes de transition suggérées par des modèles théoriques de changement de comportement</p> <p>Démontre une expertise en communication avec le patient : capacité d'écouter, d'investiguer et de négocier pour résoudre les conflits</p> <p>Capable d'agir à titre de consultante au service d'autres infirmiers et d'autres professionnels de la santé</p> <p>Met en place des processus de gestion des connaissances dans sa spécialité</p> <p>Se tient à jour sur les changements qui ont cours dans sa spécialité</p> <p><i>Efficacité professionnelle et interprofessionnelle : capacité à cerner et se responsabiliser face à sa contribution propre, de même qu'à communiquer efficacement et travailler en équipe autour d'enjeux cliniques</i></p> <p>Démontre des habiletés relationnelles dans des situations de soins et de travail d'équipe s'avérant complexes</p> <p>Développe et mobilise son réseau de contacts</p> <p>Établit des objectifs partagés, convient des rôles et responsabilités, met en œuvre les activités et fait preuve de réflexivité afin de lever les obstacles</p> <p>Met en place des conditions favorables à la collaboration</p> <p>Collabore avec les autres professionnels pour le bien du patient</p> <p>Tient compte du fait que les individus, groupes, organisations et structures impliqués ont des intérêts, des références et des agendas variés, voire conflictuels</p> <p>Négocie avec ses collègues et les autres professionnels</p> <p>Modifie son style de communication afin de rencontrer les besoins culturels et de communication des autres</p> <p>Résout les conflits ou difficultés liés aux relations entre les collaborateurs</p> <p>Démontre de l'intérêt à la recherche sur la collaboration</p> <p>Applique les lois, règlements, standards, directives et jurisprudence qui gouvernent sa discipline et les disciplines connexes</p> <p><i>Efficacité personnelle : inspiré de la théorie de Bandura [41], jugement que porte une infirmière sur sa capacité à prendre les responsabilités et poser les actions requises pour atteindre un objectif clinique</i></p> <p>Fait preuve d'intelligence émotionnelle</p> <p>Démontre de la confiance en soi</p> <p>Demeure calme sous la pression</p> <p>Fait preuve d'une forte identité professionnelle</p> <p>Démontre de l'authenticité, de l'engagement, un comportement éthique, du respect et de l'intégrité</p> <p>Démontre un engagement envers son bien-être personnel et une vie équilibrée</p> <p>Fait preuve d'innovation et de créativité</p> <p><i>Gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles : capacité à planifier, gérer, coordonner, contrôler et rendre des comptes en ce qui a trait aux ressources requises pour mener à bien les activités et le développement cliniques</i></p> <p>Habile à utiliser les TIC, notamment le traitement et l'analyse des données saisies au sein des systèmes d'information clinique, afin d'évaluer et d'améliorer les résultats des soins infirmiers prodigués aux patients</p>

Tableau 2

Les compétences adaptées de Sherman et al. (2007) assorties des comportements clés (suite)

Tableau 2 (Suite)
Sensibilise le personnel soignant aux enjeux budgétaires qui influencent leur pratique
Se tient à jour concernant les enjeux financiers qui influencent sa spécialité
Utilise les ressources matérielles, financières et informationnelles sous sa responsabilité de façon efficace et efficiente
Développe un argumentaire économique relatif aux enjeux de sa spécialité
<i>Développement des ressources humaines : capacité à planifier, superviser, informer, accompagner et soutenir dans leur développement les membres des équipes impliqués dans la poursuite d'objectifs cliniques</i>
Utilise son pouvoir d'expertise de façon appropriée
Instaure un climat de confiance au sein de son équipe
Transmet ses connaissances au personnel
Partage son expertise
Assure le mentorat, le coaching et la guidance auprès d'infirmières en formation
Soutient le travail d'équipe
Est imputable et porte des responsabilités pour et avec les équipes
Gère des projets
Gère des changements
<i>Pensée systémique : capacité d'avoir une vision globale des enjeux dans sa spécialité et à mettre en relation les composantes stratégiques nécessaires pour atteindre la meilleure performance et reconnaissance possibles</i>
Démontre une bonne capacité d'analyse des problématiques de son secteur selon une perspective systémique
Utilise des habiletés politiques, c'est-à-dire, reconnaître et savoir appliquer les stratégies et tactiques d'influence de façon éthique, autant à l'interne de son organisation que dans les sphères stratégiques de la régulation professionnelle, du financement, ou de la législation
Distingue les niveaux d'action appropriés dans différentes circonstances : promotion de la santé, prévention, soin aigu, soin en réadaptation ou en chronicité
Capable d'interagir avec les médias
Contribue à la prise de décision fondée sur l'éthique en faveur du patient
Participe à des commissions d'éthique clinique, d'éthique de la recherche ou de l'enseignement

Tiré de Mathieu et al. (2016) Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée: proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113. Avec autorisation des droits d'auteurs.

Ce modèle, d'abord destiné à la gestion, fut adapté par Mathieu et al. (2016) pour la pratique clinique infirmière dans le but de développer le leadership infirmier et sa transférabilité est à caractère international pour la pratique infirmière. Ce modèle adapté permet de poser un regard critique sur la pratique infirmière clinique et de comprendre comment s'articule le leadership pour les infirmières et infirmiers. L'utilisation de ce modèle a permis de mieux comprendre et de catégoriser les données recueillies dans des

compétences infirmières favorisant une occupation optimale du champ de pratique. Cela favorise une vision systémique de la pratique infirmière des personnes participantes à cette recherche pour la compréhension du sujet à l'étude.

Méthodologie

Cette section aborde la méthodologie utilisée pour cette recherche. Il sera d'abord question du devis de recherche et du choix du devis. Par la suite, il y aura la présentation du milieu, la population à l'étude, la méthode d'échantillonnage ainsi que l'échantillon, le processus de recrutement ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Pour terminer, la collecte et l'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques seront exposés.

Devis de recherche

En fonction de la position ontologique et épistémologique, l'étude de cas unique, selon Stake (1995), est le devis de recherche pour cette étude. Ce devis qualitatif recueille des données avant, pendant et après une intervention afin de comparer les données. L'étude de cas unique étudie une ou des interventions entre un phénomène, son contexte et les personnes qui font parties de l'étude de cas (Stake, 1995). Ce type de devis s'avère pertinent afin de mesurer le comportement des sujets et de comprendre les phénomènes qui intéressent le chercheur (Fortin, 2010).

Définition du cas de l'étude de cas unique

Dans le présent projet, le phénomène du leadership infirmier, qui est modulé ou non par l'occupation du champ de pratique, constitue le cas. Au terme des définitions exposées précédemment dans le chapitre de la recension des écrits, le leadership peut se

définir par un fort désir d'influence de changer les choses, de modifier les comportements et doit être exprimé avec des habiletés de communication afin d'arriver aux objectifs souhaités (Berger & Ducharme, 2019).

Le cas fut étudié dans un contexte hospitalier. Les infirmières et les infirmiers ont constitué des unités d'analyse permettant une compréhension en profondeur du cas. Les entrevues, les observations, le journal de bord de l'étudiante, les données descriptives provenant des questionnaires quantitatifs (Appendice A) et le QÉPI ainsi que le groupe de discussion focalisée constituent les sources de données permettant d'apporter une compréhension et une signification aux unités d'analyses et au cas.

Concepts à l'étude

Le cadre théorique sera utilisé pour définir les composantes du leadership infirmier, incluant les compétences et comportements observables.

Leadership infirmier

Le leadership infirmier a été observé en fonction des comportements démontrés par les personnes participantes. Les observations sur le leadership infirmier étaient en lien avec la démonstration de la planification des soins et la capacité à déléguer de façon explicite, la coordination des soins dans l'équipe et la communication avec les collègues, la collaboration suscitée au sein de l'équipe et l'influence de la personne participante sur cette collaboration, la facilité à transmettre ses connaissances et susciter l'intérêt tant au

regard des collègues que des personnes soignées, la facilité à créer des alliances et d'assumer ses décisions cliniques et assumer l'ensemble des six compétences et comportements clés du cadre de référence utilisé dans cette recherche selon Mathieu et al. (2016).

Étendue de pratique

L'ÉPI et la pleine occupation du champ de pratique sont étroitement reliés et constituent un concept à l'étude. Une ÉPI optimale mène directement à une ÉEPI, elle aussi optimale, et ainsi donc, une pleine occupation du champ de pratique (Déry et al., 2017). Le concept de l'ÉPI a été documenté selon les activités et dimensions décrites dans le questionnaire sur l'étendue de pratique (QÉPI).

En premier lieu, il est important de préciser ces deux termes : l'ÉPI et l'ÉEPI. L'ÉPI fait référence aux responsabilités légales et à l'ensemble des fonctions de l'infirmière ou de l'infirmier qui est encadré légalement et pour lesquelles elle et il a acquis les connaissances et les compétences par leur formation et leur expérience afin de permettre l'étendue de pratique. L'ÉEPI vient définir la pratique réelle des infirmières et infirmiers, en fonction des composantes de l'ÉPI qui sont réellement effectuées dans leur pratique (D'Amour et al., 2012). Cela tient compte d'un ensemble de contraintes organisationnelles, individuelles et académiques.

Au Québec, il existe deux niveaux de formation qui permettent d'accéder à l'examen menant au droit de pratique soit, la formation collégiale et la formation universitaire. Cet examen permettant d'accéder au droit de pratique est évalué en fonction des connaissances acquises à la formation collégiale qui se trouve être le plus bas niveau de formation pour la profession infirmière au Québec. Toutefois, certaines compétences et domaines de pratique sont uniquement abordés dans le cursus universitaire. La finalité est que ces compétences ne sont pas évaluées au moment de l'entrée dans la profession et amènent une pratique sur le terrain à deux niveaux d'expertise (OIIQ, 2021).

Position ontologique et épistémologique

Une étude de cas unique avec sources de données mixtes sera utilisée pour atteindre le but de cette recherche. L'étude de cas unique permet d'étudier une question de recherche, de comprendre un contexte particulier ainsi que les phénomènes humains (Stake, 1995). Stake (1995) utilise une approche constructiviste pour construire le savoir. Le constructivisme considère qu'une personne s'adapte et se construit selon son propre vécu, sa réflexion et sa façon de réagir. La position ontologique de ce paradigme réfute l'unicité de la réalité pour laisser place à une construction multiple, propre à chacun, contextualisée et construite mentalement par la personne qui vit cette réalité (Sylvain, 2008).

Pour Stake (1995), un cas peut être un milieu, une personne, une intervention, un programme ou un phénomène. Le constructivisme servira à guider cette étude et précise

que les connaissances du sujet ne sont pas qu'une réplique de ce qui est réel, mais sont plutôt uniques et se construisent de façon collective, en provenant de l'expérience vécue. Le savoir est teinté de la signification personnelle de l'expérience vécue. L'approche constructiviste de l'étude de cas n'utilise pas la généralisation des résultats, mais elle tente plutôt de comprendre le phénomène afin de permettre d'en venir à des conclusions individuelles selon l'application contextuelle. Le constructivisme accorde une place au chercheur, car il reconnaît l'influence des biais de celui-ci sur l'interprétation des résultats.

Milieu à l'étude

L'hôpital dessert une population de plus de 57 000 habitants répartis dans différentes Municipalités Régionales de Comtés (MRC). Plus de 950 personnes y travaillent. Il y a des services de première et de deuxième ligne tels que des soins généraux et spécialisés en milieu hospitalier (soins critiques, bloc opératoire, cardiologie, orthopédie, dermatologie, médecine nucléaire, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, psychiatrie, réadaptation physique, hémodialyse, clinique de la douleur, services communautaires et de soins à domicile et d'hébergement en de soins de longue durée).

Dans le cadre de ce projet, il y a eu un seul milieu à l'étude qui est une unité de soins hospitalisant des adultes recevant des soins de santé de courte durée afin de se rétablir. Plus précisément, les problèmes de santé des personnes soignées sont des problèmes de santé physique tels que les problèmes cardio-vasculaires, pulmonaires, gastro-intestinaux, rénaux, infectieux, des soins de plaies complexes ainsi que des soins

palliatifs. Le milieu à l'étude comportait un groupe d'infirmières et d'infirmiers dispensant des soins directs aux personnes soignées. Ce département compte 36 lits au permis ministériel. L'organisation du travail prévoit différents titres d'emploi tels que des assistantes et des assistants du supérieur immédiat, des infirmières et des infirmiers, des infirmières auxiliaires et des infirmiers auxiliaires, des préposées et des préposés aux bénéficiaires et des agentes administratives et des agents administratifs. La charge de cas pour le personnel infirmier varie selon les ressources humaines disponibles et l'acuité des soins à effectuer.

Population, Échantillon et méthode d'échantillonnage

Population

La population à l'étude concerne l'ensemble des infirmières et des infirmiers qui donnent des soins directs aux personnes soignées dans une unité de soins de courte durée. La population accessible sont les infirmières et les infirmiers travaillant sur l'unité de soins sélectionnée dans le cadre du présent projet de maîtrise.

Échantillon

L'échantillonnage a été fait parmi les infirmières et les infirmiers travaillant au département du milieu de recherche. La taille de l'échantillon peut varier grandement dans un devis d'étude de cas (Stake, 1995). Dans le cadre de cette étude, l'échantillon était composé de cinq infirmières et infirmiers ($n = 5$).

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour les infirmières et les infirmiers sont les suivants : 1) être inscrit au tableau de l'OIIQ; 2) pratiquer dans le milieu ciblé depuis au moins un an, avoir un statut; et 3) à temps plein ou à temps partiel de façon permanente. Les critères d'exclusion sont les suivants : avoir des restrictions médicales limitant l'occupation de leur champ de pratique.

Méthode d'échantillonnage

Les personnes participantes ont été recrutées à l'aide d'un échantillonnage non probabiliste. Le type d'échantillonnage non probabiliste comporte plusieurs types et celui utilisé pour cette recherche est celui de convenance. Cet échantillonnage par convenance est une méthode constituée de sujets qui se montrent disponibles et volontaires à participer à une étude et qui répondent à des critères d'inclusion précis (Fortin, 2010). Pour réaliser le recrutement, des affiches de recrutement (Appendice B) ont été distribuées indiquant les coordonnées de l'étudiante à la maîtrise pour entrer en communication avec celle-ci.

Méthodes et outils de collecte des données

Les méthodes de collecte de données sont les suivantes : les questionnaires, l'observation directe, le journal de bord, l'entrevue individuelle semi-dirigée et le groupe de discussion focalisée.

Questionnaire d'étendue de la pratique des infirmières (QÉPI)

Le QÉPI de D'Amour et al. (2012) fut l'outil de mesure utilisé pour mieux comprendre l'étendue de la pratique infirmière. Selon , cet outil permet d'améliorer la performance d'une équipe de soins en lien avec la pleine occupation du champ de pratique. Il a été conçu à la suite d'une analyse de la littérature portant sur le champ d'exercice des soins infirmiers. À la suite de cette analyse, le questionnaire fut élaboré selon certaines activités qui s'inscrivent dans six dimensions d'activités infirmières. Ce questionnaire comporte six choix de réponses auxquels l'infirmière ou l'infirmier doit indiquer la fréquence avec laquelle les 26 activités sont exécutées. En plus des six dimensions, D'Amour et al. (2012) classe ces activités selon trois niveaux de complexité. Les résultats obtenus au moyen du QEPI démontrent une cohérence interne qui est jugée acceptable avec des coefficients de 0,89. La validité a été évaluée par les auteurs afin de soutenir la structure des dimensions proposées. Les niveaux de complexité des activités regroupées démontrent que la répartition est adéquate (D'Amour et al., 2012).

Ce questionnaire est composé de 26 questions, de type Likert, évaluées sur une échelle de 6 points (1, jamais ; 2, rarement ; 3, parfois ; 4, fréquemment ; 5, presque toujours ; 6, toujours). Les six dimensions composant le questionnaire sont : l'évaluation et la planification des soins, l'enseignement des patients et des familles, la communication et la coordination des soins, l'intégration et la supervision du personnel, la qualité des soins et la sécurité des patients, et la mise à jour et l'utilisation des connaissances. Chaque question correspond à des activités de niveaux de complexité différents, classifiés en 3

niveaux. Le niveau 1 (faible complexité) est le niveau de pratique de base qui est normalement attendu des infirmières et des infirmiers, y compris les novices. Le niveau 2 (complexité modérée) se réfère à des activités qui sont plus complexes et qui peuvent être réalisées par toutes les infirmières et tous les infirmiers qui sont expérimentés, tous les niveaux de formation confondus. Le niveau 3 (complexité élevée) constitue des interventions que des infirmières et infirmiers ayant une expérience considérable et significative laquelle est souvent jumelée à une formation au baccalauréat (D'Amour et al., 2012).

Questionnaire sociodémographique professionnel

Un questionnaire sociodémographique professionnel (Appendice A) a été rempli par toutes les personnes participantes de l'étude de cas. Les informations recueillies, à l'aide de ce questionnaire, comprennent l'âge, le sexe, le niveau de formation, les années d'expérience, la nature de l'expérience professionnelle (secteurs d'activités et clientèle), le quart de travail ainsi que le type de poste occupé.

Observation directe

Les séances d'observation ainsi que les entrevues ont permis d'approfondir de façon qualitative les données recueillies avec le QÉPI. Pour l'observation, une cueillette de données brutes a été effectuée à l'aide d'une grille d'observation (Appendice C) pour établir des liens entre les données lors de l'analyse. Par la suite, il y eut l'analyse des séances d'observation comprenant l'ensemble des éléments recueillis et observés.

Le cadre théorique choisi de Mathieu et al. (2016), composé de six dimensions, a servi à la collecte des données selon les six composantes du modèle de Sherman ainsi qu'à l'élaboration des grilles d'observation pour l'observation directe sur le terrain, qui s'est faite lors de différentes journées. Spécifiquement, les observations ont eu lieu sur l'unité d'hospitalisation en début de quart de travail au matin et en début de quart de travail le soir, à des moments stratégiques (quarts de jour et de soir). Les séances d'observation, réalisées par la candidate à la maîtrise, ont été d'une durée de deux heures pour chaque personne participante.

Entrevue individuelle semi-dirigée

Une entrevue semi-dirigée (source) a été utilisée pour recueillir les données, d'une durée d'environ 45 minutes, à l'aide d'un guide d'entrevue comprenant (Appendice D). Les entrevues ont été enregistrées afin de permettre la transcription et l'analyse des données. L'élaboration du guide d'entrevue a été faite en fonction des comportements clés du modèle de Sherman adapté par Mathieu et al. (2016). Le guide d'entrevue comprenait 15 questions portant sur le leadership infirmier afin de recueillir la perception des personnes participantes de leur leadership infirmier, comment elles le développent et ce que cela peut apporter dans leur pratique infirmière. La première entrevue a permis de prétester les questions pour une bonne compréhension par la personne interviewée. Aucune modification de question n'a été nécessaire à la suite de la première entrevue.

Groupe de discussion focalisée

Le GDF est une méthode de collecte de données qui réunit un nombre de personnes participantes à intervalle souhaité, dans le but de générer une conversation centrée sur un sujet particulier. Cette méthode permet de recueillir des données qualitatives ayant pour objectif d'aller chercher une profondeur dans les idées individuelles et du groupe (Julien-Gauthier et al., 2013). Le groupe de discussion focalisée comporte des avantages et des limites. Cela favorise également un échange et une interaction entre les personnes participantes et son environnement (Krueger & Casey, 2015).

Certaines difficultés doivent être anticipées malgré l'imprévisibilité. Ces difficultés ou limites sont à considérer dans les résultats du GDF. Parmi celles-ci, il y a la gestion de la discussion et des échanges qui peut être un défi, car le GDF prend une direction inattendue. Il y a aussi l'attitude des personnes participantes. Certaines peuvent prendre davantage de place dans la discussion, se considérer comme expertes, dominer la discussion et à l'inverse, celles qui sont plus timides à échanger en groupe ou qui craignent d'exprimer une opinion différente de la majorité. Tous ces facteurs peuvent donc influencer les données recueillies et sont à prendre en compte par l'étudiante à la maîtrise (Cheng, 2007; Krueger & Casey, 2015).

Un guide semi-dirigé a été utilisé pour le GDF (Appendice E). Cette rencontre a été enregistrée afin de faciliter la transcription des échanges. Ces échanges ont permis d'explorer des aspects qui n'avaient pas pu être observés ou recueillis avec les entrevues.

Journal de bord

Le journal de bord de la candidate à la maîtrise constituait aussi une source de données importante et les bénéfices reliés à son utilisation sont une bonification importante des données recueillies lors de l'observation (Stake, 1995). Le journal de bord permet à la chercheuse ou au chercheur de réfléchir et se positionner sur ses biais, ses opinions et ses positions (Stake, 1995). Le journal de bord a été complété par la candidate à la maîtrise après chaque observation et chaque entrevue afin d'y consigner ses propres observations, ses opinions et ses constats en lien avec les données collectées. Son utilisation a permis une triangulation des différentes données recueillies au sein de cette étude dans le but de les superposer et ensuite, formuler des conclusions en tenant compte de différents aspects (Stake, 1995).

Déroulement de la collecte de données

La collecte de données s'est déroulée de décembre 2022 à février 2023. Une explication de l'étude a été faite aux personnes participantes recrutées afin de leur décrire les étapes de l'étude et obtenir leur consentement écrit (Appendice F). Les étapes consistaient à la complétion des questionnaires, la participation à une entrevue, à une séance d'observation ainsi qu'à un GDF. Il y a eu cinq personnes participantes qui ont été

observées et chacune d'elles a participé à l'entrevue et a complété les questionnaires. Le QÉPI a été distribué aux personnes participantes par l'étudiante à la maîtrise en format papier lors de l'entrevue afin de procéder à la complétion. Le questionnaire a été remis et rempli par les personnes participantes avant l'entrevue. Un groupe de discussion focalisé (GDF) a eu lieu à la suite des séances d'observation et des entrevues individuelles semi-dirigées afin de favoriser des échanges sur l'expérience vécue lors des séances d'observation ainsi que sur la réalité vécue au travail en lien avec la pleine occupation du champ de pratique et le leadership infirmier. Le rôle des personnes participantes était principalement de partager leur expérience et de venir bonifier les données recueillies par les séances d'observation et les questionnaires. Le rôle de l'étudiante à la maîtrise était de diriger le GDF au moyen de questions ouvertes et favoriser les échanges en permettant à chaque personne de pouvoir s'exprimer. Lors de ce GDF, une personne participante n'a pas pu participer à cette étape pour des raisons personnelles, mais ne désirait pas se retirer de l'étude. Ces données ont été conservées et ceci ne constituait pas un critère d'exclusion. La collecte de données s'est déroulée sans obstacle ou contrainte.

Analyse des données

Le modèle de Mathieu et al. (2016) a permis de structurer les données recueillies selon les dimensions et de considérer les facteurs facilitants et les barrières à la pleine occupation du champ de pratique. Les données ont été codifiées pour regrouper les données en thématiques et procéder ensuite à la triangulation des données. Par la suite, les données ont été intégrées dans logiciel d'analyse de données NVivo 10. Ces données ont été répertoriées par sujet afin de permettre une meilleure compréhension des unités

d'analyse puis du cas. Concernant les entrevues et le GDF, ils ont été transcrits par l'étudiante à la maîtrise ainsi que par une ressource de l'équipe de direction de maîtrise. Les entrevues ont été transcrites sous la forme de Verbatim et intégrées par la suite sur Nvivo pour analyse et importés dans le logiciel pour permettre la catégorisation et le classement en thématiques pour une bonification des données recueillies et la mise en relation avec les autres sources de données. Par la suite, une analyse thématique a été utilisée selon la méthode proposée par Miles et al. (2014) en procédant à une mise en relation des thèmes. La codification des données a été effectuée pour faciliter l'analyse et le lien avec les différentes thématiques ressorties. Une recherche de sens entre les données recueillies (pattern) a été faite afin de faire les liens dans l'analyse. La recherche de sens consiste à une recherche de modèles et de cohérence qui est aussi appelée la correspondance.

Les analyses déductives ont été guidées par les six dimensions du cadre de référence du modèle adapté de Sherman par Mathieu et al. (2016) ainsi que les trois étapes de Miles (2014) qui sont : 1) la condensation des données pour analyser dans un premier temps, toutes les unités de données séparément. Les données brutes ont été analysées et condensées pour une meilleure compréhension du leadership dans son contexte particulier; 2) la présentation des données pour comparer les unités d'analyse et dans un deuxième temps, pour identifier les similitudes et les différences afin d'en tirer des conclusions et 3) l'élaboration et la vérification des conclusions ont été effectuées pour

donner un sens, soulever les irrégularités, trouver des explications et les modèles de référence (pattern).

Critères de scientificité

Crédibilité et validité interne

La crédibilité vient de la validité interne de l'étude. Cela permet de s'assurer que les propres compréhensions de la chercheuse ou du chercheur ne se reflètent pas dans la collecte de données et que les propos exprimés des personnes participantes soient représentatifs de la réalité (Corbière & Larivière, 2020; Fortin, 2010). Pour y parvenir, l'étudiante à la maîtrise a procédé aux observations continues, à la triangulation des données, à la recherche d'explications et de sens et à la transférabilité comme suggéré par Fortin (2010).

Transférabilité et validité externe

Le critère de transférabilité est lié au concept traditionnel de validité externe et cela fait référence à l'applicabilité des résultats et conclusions de l'étude dans d'autres milieux similaires. La transférabilité est possible, mais les éléments du contexte doivent être similaires afin d'être transférables de façon significative. (Fortin, 2010; Stake, 1995). Pour cette étude, ce critère a été assuré au moyen de prises de notes réflexives dans le journal de bord lors des différentes étapes et la description détaillée lors de la collecte de données.

Fiabilité et la fidélité

La fiabilité et la fidélité font référence au concept de stabilité concernant les données dans l'espace-temps et à la constance des résultats obtenus (Fortin, 2010). Afin d'assurer la fidélité et la fiabilité, les différentes étapes de la collecte de données et les notes du journal de bord ont été documentées tout au long du processus et la triangulation de l'ensemble des données recueillies a permis d'assurer la fiabilité de cette recherche.

Confirmabilité

Selon Fortin (2010), la confirmabilité fait référence à la neutralité dans l'étude et se veut un reflet fidèle entre les données recueillies et leur interprétation. Cela fait également référence aux liens établis, les objectifs recherchés ainsi qu'à l'interprétation des données recueillies et à leur interprétation (Fortin, 2010). Pour assurer ce critère, il y a eu un positionnement neutre de l'étudiante à la maîtrise concernant les objectifs, la triangulation des données et la transcription rigoureuse et exhaustive des données afin d'assurer la qualité des résultats obtenus et des conclusions.

Considérations éthiques

La certification éthique a été obtenue en juillet 2022 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux (CCER) et en octobre 2022 par le Comité éthique de la recherche de l'UQAC (CER). Concernant l'aspect éthique de cette recherche, les concepts et fondements ont été honorés tels que le respect des personnes et de ses valeurs, l'intégrité, la considération pour l'être humain, la

préoccupation pour le bien-être, la confidentialité, la justice et un consentement libre et éclairé. Le formulaire de consentement (Appendice F) approuvé par le CCER et le CER comportait différentes sections pour permettre une compréhension sans équivoque de la nature des tenants et aboutissants de cette recherche soit : l'introduction; la nature et les objectifs du projet de recherche; le déroulement du projet de recherche; la nature de leur participation; les avantages associées au projet de recherche; les inconvénients associés au projet de recherche; la participation volontaire et la possibilité de retrait; la confidentialité; l'implication à des études ultérieures; la compensation; en cas de préjudice; l'identification des personnes-ressources et la surveillance des aspects éthiques du projet de recherche. L'implication des personnes participantes pour cette recherche fut sur une base volontaire. Elles ont eu l'opportunité de se retirer de l'étude à tout moment sans aucun préjudice le cas échéant. Les personnes participantes ont été traitées avec respect afin qu'elles ne se sentent pas diminuées dans leur travail, sous-estimées ou jugées. Elles ont eu l'assurance de ne pas subir de conséquences ou de représailles en matière d'emploi à la suite de leur participation. Il n'y a eu aucun avantage ou privilège individuel pour les personnes participantes sauf la satisfaction de participer à l'avancement de la recherche pour une meilleure compréhension du phénomène à l'étude.

Les données recueillies et l'ensemble des formulaires et questionnaires ont été dénominalisés afin de respecter la confidentialité et prévenir l'identification des personnes participantes. Les données et l'ensemble de la documentation seront conservées sous clé et sécurisées. Seul l'étudiante chercheuse et ses directrices ou directeurs auront accès pour

une durée de sept ans. Par la suite, cela sera détruit de façon confidentielle. Aucune des questions du questionnaire ou de l'entrevue n'avait un potentiel de bouleverser les personnes participantes dans leur vie personnelle ou professionnelle.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus de cette étude de cas unique. Les sections suivantes présentent : les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des personnes participantes; les données quantitatives et qualitatives recueillies; les résultats du QÉPI, les données qualitatives recueillies lors des entrevues, des séances d'observation, les résultats du GDF et; la synthèse des résultats. Ceux-ci sont expliqués afin d'obtenir une vision globale de la pratique clinique des personnes participantes.

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Le tableau des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (Tableau 3) présente la diversité des personnes participantes. Les cinq personnes participantes composant l'échantillon étaient âgées entre 20 et 49 ans, avec une expérience qui variait entre les intervalles de moins de deux ans à l'intervalle de 20-25 ans d'expérience en tant qu'infirmière ou infirmier et des intervalles de moins de 2 ans à 15 ans d'expérience dans le milieu de pratique où s'est déroulée l'étude. Toutes les personnes participantes travaillaient à temps complet. Quant au dernier diplôme obtenu, trois avaient une formation collégiale et deux, une formation universitaire (Baccalauréat).

Tableau 3

Tableau des données sociodémographiques et professionnelles des personnes participantes

Personnes participantes	#1	#2	#3	#4	#5
Tranche d'âge	40-49	40-49	20-29	40-49	40-49
Sexe	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Dernier niveau d'études complété	DEC	BAC	BAC	DEC	DEC
Années de pratique infirmière	< 2	10 à <15	5 à <10	2 à <5	20 à <25
Années d'expérience sur l'unité actuelle	< 2	2 à <5	2 à <5	2 à <5	5 à <10
Statut d'emploi	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein
Quart de travail	Jour	Jour Soir	Jour	Soir	Jour

Note. DEC = Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers. BAC = Baccalauréat en sciences infirmières

Description de l'étendue de la pratique infirmière selon le cas

Le Tableau 4 indique la moyenne des résultats pour les cinq personnes participantes, pour chacune des six dimensions, en détail pour les trois niveaux de complexité. Le tableau 5 indique la moyenne des dimensions avec l'écart-type soit : 1) l'évaluation et planification des soins (4,78/6) ; 2) l'enseignement à la clientèle et aux familles (4,65/6) ; 3) la communication et coordination des soins (4,56/6) ; 4) l'intégration et encadrement du personnel (3,55/6) ; 5) La qualité et la sécurité des soins (4,04/6) ; et 6)

la mise à jour et utilisation des connaissances (4,73/6). À la suite de l'analyse et de la compilation des résultats, les données recueillies permettent de décrire que l'ÉPI n'est pas optimale pour l'ensemble des dimensions, particulièrement pour les niveaux 2 et 3. Il est observé que le niveau 1 de complexité est favorisé au détriment des niveaux de complexité plus élevés qui demandent une plus grande occupation du champ de pratique.

Tableau 4

Portrait de l'étendue de pratique selon les caractéristiques de chaque personne participante

Personnes participantes	Caractéristiques	Score du QÉPI selon le niveau de complexité maximum de 6 points			
		Dimensions	1	2	3
#1	• Féminin	L'évaluation et la planification des soins	5,0	5,5	2
	• 40-49 ans	L'enseignement des patients et des familles	4	4	4
	• DEC	La communication et la coordination des soins	6	5	6
	• Infirmière depuis <2 ans	L'intégration et la supervision du personnel	(*)	2	2
		La qualité des soins et la sécurité des patients	6	4	4
	• Expérience sur l'unité <2 ans	La mise à jour et l'utilisation des connaissances	4	4	6
	• Temps complet de jour	Moyenne pour l'ensemble des six dimensions par niveau de complexité	5	4,08	4
#2	• Masculin	L'évaluation et la planification des soins	6	4,5	1
	• 40-49 ans	L'enseignement des patients et des familles	6	6	1
	• Bac	La communication et la coordination des soins	6	3,5	1
	• Infirmier depuis 15 à 20 ans	L'intégration et la supervision du personnel	(*)	2,5	1
		La qualité des soins et la sécurité des patients	5	2	1
	• Expérience sur l'unité 2 à 5 ans	La mise à jour et l'utilisation des connaissances	6	4	3
	• Temps complet jour/soir	Moyenne pour l'ensemble des six dimensions par niveau de complexité	5,8	3,75	1,33

Tableau 4

Portrait de l'étendue de pratique selon les caractéristiques de chaque personne participante (suite)

#3	• Féminin	L'évaluation et la planification des soins	6	5	4
	• 20-29 ans	L'enseignement des patients et des familles	5,5	5	5
	• Bac	La communication et la coordination des soins	6	5,5	5
	• Infirmières depuis 5 à 10 ans	L'intégration et la supervision du personnel	(*)	5,5	5
		La qualité des soins et la sécurité des patients	6	4,5	4,5
		La mise à jour et l'utilisation des connaissances	5	6	5
	• Expérience sur l'unité 2 à 5 ans	Moyenne pour l'ensemble des six dimensions par niveau de complexité	5,7	5,25	4,75
• Temps plein de jour					
#4	• Masculin	L'évaluation et la planification des soins	5,5	5,5	1
	• 40-49 ans	L'enseignement des patients et des familles	5	5	5
	• DEC	La communication et la coordination des soins	5	5,5	3,5
	• Infirmier depuis 2 à 5 ans	L'intégration et la supervision du personnel	(*)	3	4
		La qualité des soins et la sécurité des patients	5	5,5	3,5
		La mise à jour et l'utilisation des connaissances	5	5	5
	• Expérience sur l'unité 2 à 5 ans	Moyenne pour l'ensemble des six dimensions par niveau de complexité	5,1	4,9	3,67
• Temps complet de soir					

Tableau 4

Portrait de l'étendue de pratique selon les caractéristiques de chaque personne participante (suite)

#5	• Féminin	L'évaluation et la planification des soins	5,5	5	3
	• 40-49 ans	L'enseignement des patients et des familles	4,5	4	4
	• DEC	La communication et la coordination des soins	5	5,5	2,5
	• Infirmière	L'intégration et la supervision du personnel	(*)	5	5,5
	depuis 20 à 25 ans	La qualité des soins et la sécurité des patients	5	5	3
		La mise à jour et l'utilisation des connaissances	4	4	5
	• Expérience sur l'unité 5 10 ans	Moyenne pour l'ensemble des six dimensions par niveau de complexité	4,8	4,75	3,83
• Temps complet de jour					

Comme il est possible de le constater, les données du Tableau 5 indiquent un écart important dans les résultats obtenus pour la dimension de l'évaluation et la planification des soins, ce qui laisse croire à une variance pour cette compétence entre les personnes participantes. Pour l'ensemble des dimensions, le plus faible score obtenu est la dimension 4, l'intégration et la supervision du personnel, avec 3,55.

Tableau 5

Moyennes des dimensions et écart-type du QÉPI

Dimensions	Moyenne des personnes participantes sur 6	Écart-type
L'évaluation et la planification des soins	4,78	1,32
L'enseignement des patients et des familles	4,65	0,52
La communication et la coordination des soins	4,56	0,90
L'intégration et la supervision du personnel	3,55	0,43
La qualité des soins et la sécurité des patients	4,04	0,83
La mise à jour et l'utilisation des connaissances	4,73	0,09

Le Tableau 6 indique les résultats détaillés des personnes participantes pour chacune des activités catégorisées par la dimension concernée selon le QÉPI. Pour l'ensemble des six dimensions, il y a 26 activités infirmières.

Tableau 6

Résultats et moyenne du QEPI pour l'ensemble des personnes participantes

Dimensions	Activités	Échelle d'évaluation 1 à 6 par personnes participantes					Moyenne sur 6	Niveau de complexité
		#1	#2	#3	#4	#5		
L'évaluation et la planification des soins	25. J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales.	6	6	6	6	6	6	1
	21. Je mets à jour systématiquement, par écrit, les informations sur la condition du client et sur les soins dispensés (notes de l'infirmière, plan thérapeutique infirmier, etc.)	4	6	6	5	5	5,2	1
	2. Pour planifier mes interventions, j'utilise des outils d'évaluation de problèmes de soins (ex. : échelle d'évaluation de la douleur, outil d'évaluation des plaies, outil d'évaluation pour les contentions).	6	4	5	6	6	5,4	2
	1. Je suscite l'implication du client et de sa famille dans la planification des soins.	5	5	5	5	4	4,8	2
	11. Je participe à la conception, à l'application et à la mise à jour des programmes de soins (ex: un suivi systématique de clientèle, des plans de soins standardisés, un suivi intégré).	2	1	4	1	3	2,2	3

Tableau 6

Résultats et moyenne du QEPI pour l'ensemble des personnes participantes (suite)

L'enseigne- ment des patients et des familles	10. J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client et à sa famille.	4	6	5	5	4	4,8	1
	17. Je valide la compréhension du client et de sa famille par rapport à l'enseignement reçu.	4	6	6	5	5	5,2	1
	5. J'emploie des stratégies d'enseignement adaptées à chaque client et à sa famille, en fonction du degré d'autonomie du client.	4	6	5	5	4	4,8	2
	22. Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité.	4	1	5	5	4	3,8	3
La communication et la coordination des soins	16. Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins.	6	6	6	5	5	5,6	1
	12. Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) pour répondre aux besoins du client et de sa famille.	4	6	6	6	6	5,6	2
	24. Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la continuité des soins.	6	1	5	5	5	4,4	2
	8. Je participe aux réunions ou des activités de l'équipe interprofessionnelle (médecin, physiothérapeute, nutritionniste, etc.)	6	1	5	3	3	3,6	3

Tableau 6

Résultats et moyenne du QEPI pour l'ensemble des personnes participantes (suite)

	15. Afin d'assurer la continuité des soins, je coordonne les interventions de l'équipe interprofessionnelle au sein de l'établissement (médecin, physiothérapeute, etc.)	6	1	5	4	2	3,6	3
L'intégration et la supervision du personnel	20. Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité.	3	1	5	1	5	3	2
	9. Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires ou du personnel nouvellement recruté.	1	4	6	5	5	4,2	2
	6. J'agis à titre de mentor ou de monitrice auprès du personnel nouvellement recruté.	1	1	6	4	6	3,6	3
	14. Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins, selon mes compétences.	3	1	4	4	5	3,4	3
	7. Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins.	6	5	6	5	5	5,4	1
La qualité des soins et la sécurité des patients	26. Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.	4	1	5	5	5	4	2
	19. Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes.	4	3	4	6	5	4,4	2
	23. Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins (utilisation d'outils ou de systèmes d'évaluation de la qualité des soins, questionnaire de satisfaction, etc.)	3	1	5	5	3	3,4	3

Tableau 6

Résultats et moyenne du QEPI pour l'ensemble des personnes participantes (suite)

	3. Je participe au développement de la pratique infirmière (ex. : révision de protocoles de soins, projets divers).	5	1	4	2	3	3	3
La mise à jour et l'utilisation des connaissances	4. Je maintiens à jour mes connaissances (ex. : lectures, activités scientifiques).	4	6	5	5	4	4,8	1
	18. Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé.	4	4	6	5	4	4,6	2
	13. Lors d'une modification de pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche.	6	3	5	5	5	4,8	3

Description des compétences de leadership infirmier par personne participante

Personne participante 1

La personne participante 1 utilise en moyenne le niveau de complexité 1 et 2 de fréquemment (4) à toujours (6) sauf pour la quatrième dimension concernant l'intégration et la supervision du personnel qui est très rarement utilisée. La première dimension portant sur l'évaluation et la planification des soins est presque toujours utilisée pour les niveaux de complexité 1 et 2, mais rarement utilisée au niveau de complexité 3. La dimension la plus forte pour les trois niveaux de complexité est la dimension 3 de la communication et la coordination des soins qui est presque toujours et toujours utilisée. La mise à jour et l'utilisation des connaissances démontrent un niveau plus élevé au niveau 3 contrairement aux niveaux 1 et 2. La moyenne des six dimensions par niveau de complexité indique que le niveau 1 est presque toujours utilisé comparativement aux niveaux 2 et 3 qui sont fréquemment utilisés. Le faible score obtenu à la dimension 4 porte à la baisse la moyenne de la personne participante pour les niveaux de complexité 2 et 3.

Efficacité personnelle

Lors de la séance d'observation, la personne participante 1 démontre peu de confiance en soi afin d'exprimer son leadership. En ce sens, elle ne prend pas les devants pour diriger son équipe et n'initie pas de discussion pour émettre ses directives. Au contraire, c'est l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire qui lui émet des consignes et la personne participante exécute les consignes par la suite ce qui laisse constater un affaissement et un chevauchement dans leurs rôles respectifs. Au regard de sa confiance

en soi, celle-ci, pour qui le français n'est pas sa langue maternelle, mentionne: « [...] il me manque encore affirmer mes sécurités à moi-même (et) aussi mes connaissances, mon expérience, mais doucement, je pense que je vais pour le bon » (Entrevue, personne participante 1). La personne participante évoque l'importance entre la confiance en soi et les connaissances cliniques qui permettent une meilleure organisation du travail et l'évolution d'un leadership infirmier : « [...] je trouve que plus que tu avances, plus que t'as de confiance en toi, plus que t'as des connaissances, plus que tu es capable [...] Pour moi, le leadership c'est quelque chose d'intégrateur » (Entrevue, personne participante 1).

Efficacité professionnelle et interprofessionnelle

Le score du QÉPI pour la personne participante 1 indique que l'évaluation et la planification des soins sont effectuées plus souvent pour les niveaux de complexité 1 et 2, et rarement pour les activités liées au niveau de complexité supérieure. Par exemple, lors de l'observation, il a été documenté que la personne participante effectuait peu de discussion avec l'équipe de soins à la suite du rapport inter quart. Aucune activité de planification incluant la personne soignée n'a cependant été observée. Or, la personne participante 1 s'est attribuée un score de 4 pour cette dimension, et ce, pour les trois niveaux de complexité. Toutefois, elle mentionne: « Plus on établit le lien de confiance en fait, plus c'est facile de démontrer un leadership envers le patient pour l'amener à changer ses habitudes » (Entrevue, personne participante 1). Il y a donc une discordance avec l'auto-évaluation effectuée lors du QÉPI et les données recueillies lors de la séance d'observation.

Lors de l'observation, des activités liées à la communication et à la collaboration ont pu être documentées. Par exemple, il y a des échanges informels entre les membres de l'équipe afin de se communiquer l'information et la personne participante offre le soutien nécessaire selon les besoins de ses collègues sur l'unité de soins. Par exemple, elle offre régulièrement son aide tant à son équipe qu'aux autres collègues. L'observation a permis de constater qu'elle offre son aide et soutien, mais pour ses propres tâches, elle travaille de façon individuelle et ne sollicite que très peu ses collègues pour la soutenir. L'extrait suivant vient appuyer cette observation : « [...] moi j'aime beaucoup toujours faire tout, parce que je suis plus capable de voir en entier...travailler comme aux soins intégraux [...] c'est beaucoup de travail, mais moi quand j'ai fini mes soins intégraux, j'étais tranquille que j'avais fait tout » (Entrevue, personne participante 1). Cela vient appuyer les scores du QÉPI pour la dimension de l'intégration et la supervision du personnel qui avait un score faible pour les niveaux de complexité 2 et 3 avec un score de 2.

Malgré qu'il n'y ait aucune planification de rencontres formelles avec son équipe pour la planification de l'épisode de soins, chacun vient se référer systématiquement à la personne participante lorsqu'elle ou il a observé des éléments qui demandent les compétences liées à son champ de pratique. Cette observation est appuyée par les résultats du QÉPI pour les trois niveaux de complexité de la dimension de la communication et la coordination des soins avec des scores respectifs de 6, 5 et 6. La communication prend une place importante dans la pratique de la personne participante:

« [...] on se parle beaucoup avec mon infirmière auxiliaire, on se donne le plus important de chaque patient [...] on finit finalement à la fin de journée avec notre rapport avec l'infirmière auxiliaire, on a beaucoup de communication pour avoir finalement réussi à bien évaluer notre client à la fin de journée. » (Entrevue, personne participante 1)

Le moment de la période d'observation, en début de quart, n'a pas permis de constater s'il y avait des rencontres à l'intérieur du quart de travail afin de maintenir la communication et la collaboration au sein de l'équipe de travail, mais lors de l'entrevue, la personne participante mentionne :

« [...] à midi, on fait aussi le rapport [...] une des deux qui va partir à manger, on se fait un petit rapport de qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qui manque [...] pour les signes vitaux et continuer mon évaluation après, donc après l'après-midi quand on revient, on se met encore à jour les deux infirmières » (Entrevue, participante 1)

Pratiques cliniques exemplaires

L'évaluation clinique et la surveillance clinique sont faites systématiquement ainsi que la révision des dossiers. Cette observation est cohérente avec le score du QÉPI de la participante pour les niveaux 1 et 2 de la dimension de l'évaluation clinique et la planification des soins avec des scores respectifs de 5 et 5,5. Ainsi, il est observé qu'en début de quart, la personne participante 1 établit plusieurs liens qui sont faits avec différents services pour régler divers problèmes qui touchent la personne soignée. Au plan de la surveillance clinique, les observations ont permis de constater que cette personne participante procède au suivi clinique des personnes soignées et fait une révision exhaustive des dossiers en s'assurant de vérifier la dernière note médicale, la note infirmière du dernier vingt-quatre heures, la note du service de la réadaptation ainsi que

les dernières ordonnances médicales. À l'aide d'outils et de grilles de surveillance, elle assure une surveillance avec son équipe de travail.

La personne participante assure la surveillance clinique selon la condition des personnes soignées sous sa responsabilité. Le lien est fait avec l'équipe afin d'assurer la surveillance et le suivi requis. Elle informe l'équipe du rôle de chacun dans la surveillance tel qu'inscrit dans le plan thérapeutique infirmier et elle y inscrit sans délai les changements de condition et la surveillance dès la sortie de la chambre. Par exemple, lors du début de quart, il a été observé qu'elle regarde les personnes soignées qui sont plus à risque ou avec des problèmes de santé complexes et elle planifie ses priorités. À la suite de sa première tournée d'évaluation, elle discute avec d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire et révisé ses plans de travail pour les ajustements à effectuer comme le démontre l'extrait suivant :

« Je regarde les patients qui sont plus à risque ou plus, on va dire, des problèmes qui ont besoin de plus d'attention, et je commence toujours avec les patients un peu plus importants dans le cas qui ont besoin de plus d'évaluation de mon côté. » (Entrevue, participante 1)

Pensée systémique

L'enseignement clinique qui demande d'appliquer des stratégies et des tactiques d'influence, entre autres, dans la promotion de la santé et la prévention n'a pas pu être observé à cette étape considérant le moment choisi de l'observation. Les scores du QÉPI pour la dimension de la qualité des soins et la sécurité des personnes soignées ont obtenu

respectivement 6, 4 et 4 pour les niveaux de complexité 1, 2 et 3. Lors de l'observation, il a été documenté que la personne soignée est peu impliquée dans son processus de soins. Elle est informée des soins à recevoir, mais ne participe pas à la planification de ses soins contrairement au score obtenu au QÉPI de 4 dans les trois niveaux de complexité pour la dimension de l'enseignement des personnes soignées et des familles. La personne participante communique de l'information clinique sur sa santé à la personne soignée et sur les soins à recevoir sans s'assurer de leur compréhension. Par exemple, la personne participante mentionne à la personne soignée qu'elle ne lui donnera pas certains médicaments, car un transfert est prévu sous peu pour une coronarographie à Québec. Cette information est dite à la personne soignée sans aucune explication sur l'état de santé et validation sur leur compréhension face à la coronarographie et la procédure à venir.

Développement des ressources humaines

Malgré un score de 2 au QÉPI dans la dimension de l'intégration et la supervision du personnel, une collaboration professionnelle et du soutien sont observés ainsi qu'un lien de confiance entre les membres de l'équipe. Par exemple, lors de l'observation, les membres de l'équipe se réfèrent à la personne participante à plusieurs reprises pour des questions cliniques et elle prend le temps de trouver les réponses en faisant preuve de patience. La dimension du développement des ressources humaines qui intègre le volet de l'intégration et supervision du personnel, soit de soutenir le travail d'équipe, guider et faire du mentorat est peu observée lors de la séance.

Personne participante 2

La personne participante 2 présente le score le plus faible du groupe, avec un résultat de 1,33, concernant le niveau de complexité 3 qui consiste à des interventions faites par des infirmières et infirmiers ayant une expérience considérable et significative qui est souvent jumelée à une formation au baccalauréat (D'Amour et al., 2012) . La dimension 6, qui concerne la mise à jour et l'utilisation des connaissances est parfois utilisée au niveau de complexité 3. Les six dimensions sont presque toujours (5) ou toujours utilisées (6) au niveau 1 avec une moyenne de score à 5,8, de presque rarement (2) à parfois (3) au niveau 2, avec une moyenne de score à 3,75 sauf pour la dimension 2, l'enseignement des patients et des familles, qui est toujours (6) utilisée à ce niveau.

Efficacité personnelle

L'observation a permis de constater que la personne participante dégageait une confiance en soi. Selon cette dernière, la personnalité de la personne est un facteur important dans l'expression du leadership : « C'est la personnalité de la personne, moi je pense, c'est plus la personnalité de la personne. » (Entrevue, personne participante 2). Une importance est accordée au travail d'équipe : « Je te montre que je travaille avec toi, je ne te laisserai jamais que tu fasses [du travail] moins que moi. » (Entrevue, personne participante 2). Elle mentionne avoir une capacité à diriger, mais peut devenir plus directive si elle le juge nécessaire. Cette dimension qui s'inspire du jugement que porte l'infirmière ou l'infirmier sur sa pratique, sur la confiance en soi, sur la forte identité

professionnelle et sa capacité d'adaptation de modifier ses méthodes stratégiques, est appuyée par ce verbatim :

« Je peux être directif aussi, arrivé à un certain moment, quand je vois que ça marche pas, là je te dis – Ben on va s'arrêter, on va faire ça, on va faire ça parce que je vois que tu n'avances pas avec moi, et quand tu n'avances pas avec moi, je serais obligé d'être en retard, parce que ça marche pas, oui ça m'arrive d'être directif » (Entrevue, personne participante 2)

Efficacité professionnelle et interprofessionnelle

Selon la personne participante, la charge de travail ainsi qu'une équipe de travail complète et diversifiée sont des facteurs jugés essentiels afin de démontrer une efficacité professionnelle, soit d'assumer son rôle et d'exercer pleinement son champ de pratique :

« Dans un monde idéal. Il faudrait oui un assistant au poste, de gérer plusieurs choses au niveau administratif, le commis aussi pour gérer autre chose en fait pour ne pas trop charger l'assistante, également une équipe surtout de préposés [...] Dans ce contexte-là parce que, ça te permet de te détacher de certaines tâches. Donc si je résume bien, au moins une équipe complète au niveau du personnel, ça ça serait bien [...] » (Entrevue, personne participante 2).

La surcharge de travail est, selon elle, un obstacle à la pleine occupation de son champ de pratique :

« [...] la charge de travail aussi joue un rôle très important [...], mais aussi le personnel, le manque de personnel [...] il y a beaucoup disons, de travail, de qu'est-ce que tu dois faire qui sont en dehors de ton champ d'action à savoir changer un patient, à savoir retourner un patient, parce que t'as pas de préposé, donc tu es obligé, en fait, de faire ça parce que tu es seul et ainsi de suite, il y a plein de facteurs qui font que ça t'empêche de faire ce que tu devrais faire en tant qu'infirmier. » (Entrevue, personne participante 2).

Durant la séance d'observation, la personne participante prend le temps d'expliquer à son équipe les soins qu'elle doit effectuer et leur contribution attendue concernant la surveillance à faire par la suite. Elle répond aux questions sur l'évaluation clinique à assurer et mentionne se référer en premier lieu aux procédures de l'établissement pour s'assurer de faire l'action requise. Par la suite, elle se réfère à l'assistante ou l'assistant du supérieur immédiat en place pour valider des informations. Il est possible de constater qu'il y a des échanges de façon continue avec ses collègues de travail. Une répartition et une coordination des responsabilités sont attribuées selon les champs de pratique de chacun. La personne participante donne un ordre de priorité aux personnes soignées qu'elle va évaluer en premier et tient informé l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire : « Il va falloir que tu ailles faire ça, ainsi de suite, mais il y en a d'autres que t'as pas besoin, la personne te connaît, connaît ton système de travail et en général ça passe bien. » (Entrevue, personne participante 2).

En début de quart, la préposée ou le préposé aux bénéficiaires est absent et se trouve dans une section de l'unité. À la suite du rapport, la tournée des personnes soignées débute avant que la préposée ou le préposé aux bénéficiaires reçoive des indications concernant les priorités qui la ou le concernent. La personne participante coordonne le travail de l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire et donne les directives selon le champ de compétences de chacun. Elle mentionne accorder une importance au fait de bien connaître son champ de pratique : « [...] connaître en fait son champ d'action aussi c'est important. » (Entrevue, personne participante 2).

Pratiques cliniques exemplaires

Pour donner suite aux données recueillies lors de son évaluation initiale, la personne participante procède à l'ajustement du plan de soins et de ses interventions pour assurer la surveillance. Par exemple, pour une personne soignée qui présentait de la douleur et une hypotension, elle a utilisé son jugement clinique et ses compétences afin de répondre aux besoins :

« Dans un contexte que j'avais un patient quand même qui était tellement souffrant, mais malheureusement, la personne voulait pas donner en fait le calmant soi-disant que la pression était basse, la personne criait en fait de douleur, donc arrivé à un certain moment, je me suis dit - *Bon moi j'ai tous les outils pour pouvoir surveiller en fait la personne au niveau de la prise de narcotique, la personne elle est souffrante, pour moi je dois la soulager...* moi j'ai pris la responsabilité » (Entrevue, personne participante 2)

Par la suite, la personne participante implique l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire en ce qui concerne le suivi et la surveillance à assurer : « [...] quand j'aurai fini, on va faire la surveillance à deux, donc il faudrait que tu fasses la surveillance avec moi. » (Entrevue, participant 2). Lors de l'entrevue, elle mentionne : « Je ne peux pas en fait ne pas évaluer un patient en cours de journée, c'est pas possible » (Entrevue, personne participante 2). Par exemple, après avoir effectué sa première tournée d'évaluation, elle ajuste le plan de soins et la surveillance à assurer qui met en évidence l'activité 21 du QÉPI. La courte période d'observation n'a pas permis de voir la réévaluation qui est mentionnée verbalement et planifiée au cours de la journée. Elle mentionne à son équipe qu'elle s'occupe de l'évaluation clinique et que de leur côté, elles et ils doivent s'occuper de la prise de signes vitaux et de la distribution des médicaments. Ensuite suivra un compte

rendu d'équipe pour brosser un portrait global de la situation de santé des personnes soignées. Par la suite, la coordination des soins est faite en fonction de l'évaluation initiale telle que mentionnée lors de l'entrevue :

« [...] parce qu'en faisant une bonne évaluation du patient, ça te permet de faire le suivi en cours de la journée pour voir en fait tes plans d'intervention, faire tes réévaluations, puis à réorganiser en fait ton plan de travail avec ton équipe pour savoir où est-ce que vous vous en allez puis comment organiser le restant de la journée pour avoir une meilleure prise en charge en quelque sorte. » (Entrevue, personne participante 2)

Pensée systémique

La pensée systémique qui comporte des habiletés tactiques d'influence et de promotion de la santé a pu être observée durant la séance. La séance d'observation a démontré que l'enseignement aux personnes soignées est présent et se transpose sous forme de promotion et prévention de la santé. Comme par exemple, les soins prodigués sont expliqués aux personnes soignées au fur et à mesure et une validation de la compréhension est faite. Le diagnostic médical est expliqué à la personne soignée et une validation de la compréhension de la maladie et des conseils à suivre une fois rendue à domicile est faite. La dimension de la pensée systémique comporte aussi la capacité à avoir une vision globale des enjeux et de distinguer les niveaux d'action à prioriser. Lors de l'entrevue, la personne participante mentionne sa capacité à se planifier et tente d'atteindre une planification du travail efficiente.

« Moi je suis en fait, je te montre que je travaille avec toi, je ne te laisserai jamais que tu fasses moins que moi, je te montre que je travaille, que je n'arrête, donc quand tu me dis que par exemple, - *Ah tu vas faire tes signes*

vitaux, je te dis oui, pour moi ça fait partie de mon évaluation, je vais faire les signes vitaux, je vais avancer, on va essayer d'avancer, si on termine, on va faire ça, on va faire ça, pour te montrer que je suis là, je travaille avec toi, et puis on travaille, et puis on le fait le plus rapidement possible et de la manière la plus bonne, de sorte qu'on va toujours avoir de l'avance, et à la fin de la journée, les gens disent - *Ça s'est bien passé*, je dis - Oui, en général ça se passe bien. Si on se concentre sur ce que l'on fait chacun, ça ne vaut pas la peine que j'aie à évaluer, toi tu reviens derrière moi, tu poses les mêmes questions. Je te dis, je m'occupe de l'évaluation, passe derrière, tu donnes les pilules, s'il y a un problème, je te dirai dans le cours de la journée, tu pourrais y retourner ou bien je pourrais y retourner, je dis ça. On doit refaire ça dans la journée, si moi j'ai le temps, je partirai en premier, je le ferai en premier, si c'est toi qui as plus le temps, tu le feras en premier, ainsi de suite. » (Entrevue, personne participante 2)

Développement des ressources humaines

La personne participante prend plusieurs courts moments pour transmettre ses connaissances et répondre aux questions de ses collègues. Il y a du partage de connaissances et d'explications sur ce qui est fait comme interventions tel que verbalisé lors de son entrevue : « Je ne donne jamais une réponse sans explication. Quand je te dis ça, je cherche toujours à t'expliquer le pourquoi je fais ça...c'est juste en fait une éducation que j'ai acquise et qui m'a suivi jusqu'à présent » (Entrevue, personne participante 2). La reconnaissance et la valorisation de la profession sont aussi mentionnées comme un facteur facilitant pour une meilleure pratique,

« Bon. Primo la reconnaissance en fait du travail infirmier que je pense que ce n'est pas tellement bien reconnu...également pour une meilleure prise en charge des patients, parce que ce que je dis tout le temps, une bonne évaluation égale un bon suivi est égal à un bon résultat. » (Entrevue, personne participante 2)

Personne participante 3

La personne participante 3 est celle qui démontre le plus haut score pour l'ensemble des trois niveaux de complexité. Le niveau de complexité 1 indique un score moyen de 5 pour les six dimensions. Le niveau 2, un score de 6 et le niveau 3 un score de 5. Les scores les plus faibles se situent dans la dimension de la qualité des soins et la sécurité des patients pour les niveaux de complexité 2 et 3 avec des scores respectifs de 4,5.

Efficacité personnelle

La personne participante 3 accorde une importance à la démonstration de la confiance en soi : « [...] il faut savoir de quoi tu parles puis quand tu sais de quoi tu parles, t'as toujours plus de confiance. Fait qu'il faut montrer que t'as de la confiance [...] » (Entrevue, personne participante 3). Le leadership apporte un bénéfice dans la pratique de cette personne participante: « [...] avoir le leadership, c'est aussi avoir une organisation et de faire le tri dans tout ce qu'on nous dit pour pouvoir mettre des priorités puis avoir un consensus dans tout ce qu'il nous faut aussi. » (Entrevue, personne participante 3). Pour elle, le leadership est en quelque sorte « [...] avoir une poigne de fer dans un gant de velours [...] savoir poser les barrières, [...] tout en laissant du lousse aussi. » (Entrevue, personne participante 3). Elle démontre une confiance en soi et une forte personnalité: « Moi j'ai un lâcher-prise qui est difficile, fait que, je suis plutôt assez directive, en général je suis vraiment directive, mais je suis plutôt, dans le sens où j'entends toujours ce qu'on me dit. » (Entrevue, personne participante 3). Elle fait le lien entre le leadership infirmier

et la prise en charge optimale des personnes soignées comme elle l'a mentionné lors de son entrevue en affirmant que cela aide « [...] pour une meilleure prise en charge des patients » (Entrevue, personne participante 3). Elle mentionne aussi l'aspect du leadership infirmier en lien avec la structure de travail et de son rôle pivot dans l'équipe :

« Fait que le leadership, là à ce moment-là je l'ai, dire – Ok, on va faire ça dans cette situation, et puis je viendrai par la suite faire ça ça ça puis là on va faire ça comme situation, puis je pense que ça devrait aller, puis à l'instar, l'autre pareil. C'est ça aussi avoir du leadership. » (Entrevue, personne participante 3)

Efficacité professionnelle et interprofessionnelle

Pour cette dimension, l'observation a démontré qu'il y a des éléments de planification au sein de l'équipe pour établir les priorités. Il y a une première discussion afin d'identifier les cas prioritaires et ce qui doit être fait immédiatement après le rapport interquart en indiquant la surveillance jugée requise pour la personne soignée. Lors de l'observation, la personne participante donne des directives claires concernant la coordination des soins et la surveillance à faire ce qui vient appuyer les activités 12 et 16 de la dimension 3 du QÉPI pour lesquels elle obtient un score de 6 pour ces deux éléments. Pour la personne participante, la coordination demande une organisation du travail jumelée à une capacité à déléguer en fonction des priorités et des compétences de chacun:

« Ça arrive de temps en temps qu'on est plusieurs infirmières auxiliaires, [normalement c'est] 1, 2 [infirmières auxiliaires dans l'équipe], plusieurs c'est 2 à 3, et le leadership c'est [quand]il y en a 3 [...] qui viennent en même temps, avec 3 problèmes différents, et là il faut le gérer tout de suite parce que tout est une priorité, pour eux, c'est une priorité, pour toi, il y a de différentes priorités dans les 3 problèmes qu'on vient de te donner, fait que c'est à toi de dire...c'est mon ordre de priorité. » (Entrevue, personne participante 3)

Lors de l'entrevue, la personne participante évoque son rôle de leader et l'utilisation du plan thérapeutique infirmier pour établir les interventions à faire.

« Si par exemple, un patient a une rétention urinaire, je vais demander à mon infirmière de faire un cathétérisme [...] si elle n'y arrive pas, je suis son point de référence aussi, [...] Puis pour la préposée, c'est moi qui vais lui demander de faire certaines choses comme le mettre au fauteuil, lui donner à manger si nécessaire, mais bien sûr, mon infirmière auxiliaire aussi a des consignes que je lui ai donné au préalable et puisqu'elle a lu dans le PTI bien évidemment, c'est ça. » (Entrevue, personne participante 3)

Après la fin de sa première tournée d'évaluation, elle sollicite divers professionnelles et professionnels tels que l'assistante ou l'assistant du supérieur immédiat pour du soutien, les médecins et les membres de l'équipe de la réadaptation pour assurer la prise en charge optimale en vue du congé. Cette observation est appuyée par le score de 5 sur 6 à l'activité 15 du QÉPI dans la dimension de la communication et la coordination des soins. L'observation a aussi permis de visualiser la communication et la structure de travail qui favorisent une collaboration interprofessionnelle, avec un score moyen de 6, 5,5 et 5 pour les niveaux de complexité de 1, 2 et 3. Lors de l'entrevue, elle mentionne aussi cet aspect en spécifiant qu'elle a un rôle pivot dans l'épisode de soins de la personne soignée : « Ici on travaille beaucoup en interdisciplinaire, fait que je vais prendre, mon rôle c'est aussi de dire d'aller chercher la physio, d'aller chercher l'ergo, la TS si besoin. » (Entrevue, personne participante 3).

Pratiques cliniques exemplaires

La planification est coordonnée en fonction de l'organisation du travail et la répartition des équipes de travail : « Je travaille en dyade avec une infirmière auxiliaire et une triade parce qu'il y a ma préposée aussi qui est également dans mes soins. Moi je suis comme le pool qui coordonne cette toute petite partie [...] » (Entrevue, personne participante 3). Lors de l'entrevue, la personne participante mentionne accorder une importance à l'évaluation clinique qui fait partie de son champ de pratique : « Je me concentre sur des évaluations [...] c'est vraiment l'évaluation et la mise en place de qu'est-ce qu'on peut faire pour lui. » (Entrevue, personne participante 3). L'observation a démontré qu'elle fait la tournée de l'ensemble des personnes soignées sous sa responsabilité dès le début du quart de travail. Lors de l'observation, il a également été constaté qu'elle débute par ce qui est considéré prioritaire selon l'ordre de priorité donné à son équipe pour donner suite au rapport interquart :

« Puis pour la préposée, c'est moi qui vais lui demander de faire certaines choses comme le mettre au fauteuil, lui donner à manger si nécessaire, mais bien sûr, mon infirmière auxiliaire aussi a des consignes que je lui ai données au préalable et puis qu'elle a lu dans le PTI bien évidemment, c'est ça » (Entrevue, personne participante 3)

Le champ de pratique est considéré dans ses décisions pour assurer le suivi et la surveillance. « [...] tout ce qui est vraiment des soins au niveau évaluation, les grilles d'évaluation comme le Braden, le Morse, tout ça, c'est vraiment ça, les champs de pratique c'est vraiment ça [...] » (Entrevue, personne participante 3)

Pensée systémique

Dans le cadre de l'entrevue, la personne participante mentionne que la relation de confiance établie avec la personne soignée est importante afin de diminuer les obstacles à l'enseignement. Elle fait le lien entre la relation de confiance thérapeutique et le leadership infirmier :

« [...] Parce qu'un patient qui voit que, une personne qui est pas sûre de lui, n'a pas confiance en cette personne, fait que lui, il va quand même, pas entraver, mais il peut pas être un obstacle non plus, quoi que des fois, ça peut arriver, mais, ce lien de soignant il existe pas là, fait qu'avoir du leadership, oui je comprends. » (Entrevue, personne participante 3)

Lors de l'observation, elle explique à la personne soignée ce qui sera mis en place pour la continuité des soins à recevoir à domicile et énumère ce qu'elle aura comme soins. Ensuite, elle discute avec la ou le médecin à ce sujet et planifie le congé en effectuant les liens pour la mise en place de services du soutien à domicile pour que la personne soignée quitte avec les soins nécessaires à recevoir en externe.

Développement des ressources humaines

Cette dimension qui se réfère, entre autres, à la capacité de planifier, superviser, soutenir et guider a pu être observée sous différentes formes. Tout au long de la période d'observation, la collaboration interdisciplinaire est visible. La personne participante est au centre des discussions et des liens sont faits avec les différents professionnels. L'observation a permis de constater que la charge de travail est grande pour l'équipe, entre autres, en observant que la personne participante et son équipe font plusieurs allers-retours

au poste infirmier pour diverses raisons : appel au médecin, à la pharmacie, confirmation d'examen diagnostique. À ce moment, la personne participante mentionne avoir moins de temps à consacrer à son équipe pour répondre à leurs questions et leur dit qu'elle fera un suivi avec eux après la tournée pour éviter de prendre du retard dans les évaluations cliniques. Par la suite, un moment est pris pour échanger des informations avec l'équipe. Par exemple, la personne participante prend en considération les informations que les membres de l'équipe lui donnent. Ensuite, elle complète l'évaluation clinique avec ces informations. Une planification de la réévaluation à faire plus tard est annoncée verbalement à l'équipe en demandant de s'y préparer selon les données qu'ils ont recueillies auprès des personnes soignées. Elle transmet ses connaissances à ses collègues et elle accorde une importance au maintien de ses connaissances qu'elle associe à la crédibilité professionnelle.

« Il faut quand même leur montrer comment on fait...je pense que avoir un minimum de connaissances, ça permet aussi, quand tu sais de quoi tu parles, c'est toujours plus simple, de dire – Je sais de quoi je parle, fait que ça donne toujours plus de crédibilité, les connaissances [...] » (Entrevue, personne participante 3)

Personne participante 4

Les résultats obtenus pour la personne participante 4 sont davantage élevés en ce qui concerne les niveaux de complexité 1 et 2 du QÉPI ce qui permet de croire que la pratique clinique prend une importance réelle pour cette personne participante. Toutefois, les résultats de la dimension de l'intégration et la supervision du personnel affichent un résultat plus fort pour le troisième niveau de complexité par rapport au deuxième niveau de complexité. Par exemple, dans les activités 12 et 24 du QÉPI portant sur la

communication et la coordination des soins, elle se donne une note de 4/6 pour la coordination du travail dans l'équipe et un 6/6 pour la communication aux professionnelles et professionnels pour la continuité des soins.

Efficacité personnelle

Lors de l'entrevue, la personne participante accorde une importance à la collaboration et la communication dans l'expression du leadership clinique au sein de l'équipe de travail : « Le leadership [...] c'est la collaboration [...] c'est comme communiquer avec nos collègues, de le faire vraiment dans le respect. » (Entrevue, personne participante 4). Elle considère avoir un leadership mobilisateur et rassembleur : « Je suis mobilisateur [...] je vais rassembler » (Entrevue, personne participante 4). Elle favorise le lien de confiance et sa crédibilité en respectant les engagements qu'elle a envers les personnes soignées :

« [...] quand tu dis à un patient que je reviens vous voir, ben le patient dit j'ai de la douleur, dire je reviens dans 5 minutes, faut vraiment s'assurer qu'on va revenir voir. Quand la famille aussi veut certaines informations, faut s'assurer que les informations qu'on donne c'est des informations vraies [...] » (Entrevue, personne participante 4)

Efficacité professionnelle et interprofessionnelle

La personne participante 4 fait le lien entre la crédibilité professionnelle, qui se réfère au jugement clinique que porte l'infirmière ou l'infirmier sur sa pratique et les pratiques exemplaires :

« Ma crédibilité professionnelle, je l'assure, quand on me pose une question, je cherche dans les protocoles. Au lieu de répondre quelque chose

que je doute, je vais aller sur MSI et puis on va voir, ça vraiment ça rassure tout le monde. C'est-à-dire que la prochaine fois, on aura vu que sur MSI, les informations, la recherche des informations, si les données probantes sont là, donc vraiment, je me réfère beaucoup aux données probantes, aux écrits, aux protocoles pour que vraiment je dise pas quelque chose qui peut porter préjudice. » (Entrevue, personne participante 4)

La personne participante fait le lien entre la crédibilité professionnelle et la transparence qui sont essentielles dans sa pratique : « Quand on (ne) sait pas, c'est d'avoir la transparence de le dire puis de s'informer aussi pour pas dire n'importe quoi » (Entrevue, participante 4). Avant le rapport, une discussion a lieu avec l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire au sujet des personnes soignées qu'ils connaissent déjà des jours précédents. Ils parlent du suivi qu'ils ont à faire en lien avec les interventions posées la journée précédente. Le rapport terminé, ils bonifient ce qui s'est dit plus tôt avec les nouvelles informations cliniques. Par exemple, le suivi de l'état pulmonaire d'une personne soignée avec sevrage d'oxygène et sur les objectifs de mobilisation durant la journée. La préposée ou le préposé aux bénéficiaires se joint à l'équipe pour recevoir ses consignes dans la planification des soins. La coordination des soins prend une place importante dans l'organisation du travail de la personne participante. En entrevue, elle mentionne que :

« C'est l'infirmier, en tant que chef d'équipe [...] qui va orienter les soins, les préposés, l'installer au lit, s'assurer que la toilette soit faite, le préposé doit nous aviser si le patient a des plaies, s'assurer que vraiment tout s'est bien asséché, c'est propre, donc après ça, on fait l'évaluation, donc vraiment c'est l'infirmier qui est au centre de la distribution des tâches. » (Entrevue, personne participante 4)

Durant l'observation, elle demande à l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire de surveiller la saturation et le sevrage de l'oxygène et aussi à la préposée ou le préposé aux bénéficiaires de mobiliser la personne soignée avant le repas et de l'amener avec aide à la salle de bain au lieu de la chaise d'aisance afin de le mobiliser davantage pour favoriser son rétablissement. La collaboration est visible lors de l'observation, la personne participante écoute attentivement les propos rapportés par l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire ainsi que l'information fournie par la préposée ou le préposé aux bénéficiaires sur ce qui a été observé par eux. Par la suite, les informations sont notées et des directives pour le suivi sont données. Elle coordonne les soins dispensés selon le champ de pratique de chacun. Toutefois, pour certaines situations, elle préfère ne pas déléguer. Comme par exemple, lors de l'admission d'une personne soignée:

« Quand il y a une nouvelle admission [...] je trouve important de la faire la collecte de données moi-même [...] c'est très important que je prenne les signes vitaux moi-même, même si l'auxiliaire peut les prendre, donc que moi je les prends moi-même pour faire ma propre évaluation si ses signes vitaux sont normaux, les signes vitaux c'est l'évaluation, [...] m'assurer vraiment que vraiment le patient il est correct. » (Entrevue, personne participante 4)

Pratiques cliniques exemplaires

Les pratiques exemplaires requièrent un savoir-faire clinique. La personne participante fait le lien entre ce savoir-faire, les pratiques exemplaires, la crédibilité et la capacité à devenir un bon leader dans son milieu de travail :

« La crédibilité du leader, [...] le savoir-être, il est très important, mais il faut aussi [...] avoir un savoir-faire parce que le leader qui sait pas faire

des choses aussi, on peut douter de lui, donc je pense que tout est important pour être un bon leader. » (Entrevue, personne participante 4)

L'évaluation clinique est une responsabilité importante pour la pratique infirmière et pour les pratiques exemplaires. Cette activité réservée à l'infirmière ou l'infirmier se place aussi au cœur de la pratique. La personne participante évoque l'aspect de l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes soignées pour une bonne prise en charge :

Mon rôle c'est d'évaluer la condition physique et mentale du patient, m'assurer vraiment que le patient, ce pourquoi il est rentré, je puisse vraiment le prendre en charge [...] ce pourquoi il est rentré, faire mes évaluations, évaluation initiale, évaluation en cours d'hospitalisation [...] » (Entrevue, personne participante 4)

« C'est l'infirmier qui va faire l'évaluation, c'est-à-dire que si le patient est rentré pour une pneumonie ou autre, on va s'assurer de l'ausculter pour voir est-ce qu'il y a des signes normaux, pas normaux, on va s'assurer aussi pour voir sa température, s'il y a dégradation de sa santé, étroitement, on va suivre de près sa condition de santé. L'infirmière auxiliaire par la suite peut-être pourra donner la médication et suivre étroitement. Ma charge principale c'est d'évaluer le patient [...] » (Entrevue, personne participante 4)

Pensée systémique

Afin d'atteindre des objectifs de santé pour les personnes soignées, la personne participante démontre, lors de la séance d'observation, la capacité à appliquer des stratégies adaptées pour faciliter la compréhension. Elle adapte son vocabulaire à la personne soignée. Par exemple, pour une personne âgée qui doit subir un examen diagnostique de l'abdomen, des mots simples sont employés ce qui facilite la

compréhension et une validation est effectuée par la suite en posant des questions sur la compréhension qu'a la personne âgée. Ensuite, pour motiver une personne soignée à se mobiliser pour favoriser l'autonomie, elle explique, en quelques mots simples, les bénéfices sur le rétablissement de la mobilisation. La personne soignée et son proche aidant sont attentifs aux consignes et pose des questions pour avoir plus d'explications.

Développement des ressources humaines

La personne participante évoque l'importance d'être un modèle et un leader ce qui s'intègre dans le développement des ressources humaines concernant le mentorat, la guidance et le coaching envers ses collègues de travail. Pour elle, l'infirmière ou l'infirmier doit être exemplaire dans leur pratique et leurs comportements afin de démontrer du leadership : « [...] il faut être un modèle quand on veut être un leader [...] » (Entrevue, personne participante 4). Un leader et un modèle doivent adapter leur comportement aux différentes situations et personnes comme expliqué en entrevue :

« Au niveau du leadership des fois, faut pas être trop trop doux non plus, [...] faut pouvoir décider et puis dire à l'auxiliaire – là c'est le moment vraiment, il faut que vous vous occupiez de ça, de faire le pansement ou j'ai dit d'aller prendre les signes vitaux parce que le patient, les signes vitaux, il doit faire de la température, on a donné des tylenols, il faut qu'on s'assure que la fièvre a baissé ou pas. Donc c'est des choses, il faut le dire quand c'est le moment-là, donc faut pas le faire soi-même, faut le dire à notre collaborateur dans le respect, d'aller faire. » (Entrevue, personne participante 4)

Personne participante 5

Cette personne participante obtient la moyenne la plus faible, soit 4,8, pour les six dimensions au niveau de complexité 1. Le niveau 3 est le deuxième score le plus faible des personnes participantes avec une moyenne de 3,83 ce qui laisse croire que l'expérience dans la pratique infirmière n'est pas le seul facteur permettant la pleine occupation du champ de pratique. Le score du niveau de complexité 3 indique que la troisième dimension, communication et coordination des soins, est rarement utilisée. Les dimensions 1, l'évaluation et planification des soins, et 5, qualité des soins et sécurité des patients, sont parfois utilisées. La mise à jour des connaissances, dimension 6, est presque toujours utilisée. La dimension 4, l'intégration et la supervision du personnel, est aussi presque toujours utilisée.

Efficacité personnelle

La personne participante se considère comme un leader horizontal qui mobilise les autres sans avoir besoin d'insister : « [...] je sens que je vais les chercher, mais sans comme insister. [...] . Je le sais que si je demande quelque chose les gens vont le faire et me suivre. » (Entrevue, personne participante 5). Ceci peut indiquer que l'équipe lui accorde une crédibilité professionnelle et du leadership.

Efficacité professionnelle et interprofessionnelle

Lors de l'entrevue, la personne participante qui compte plus de vingt années d'expérience, considère que la pratique a beaucoup changé et que l'infirmière ou

l'infirmier prend plus de place dans les soins de santé. Les rôles étant mieux définis, cela favorise la pratique infirmière :

« Ça l'a beaucoup changé depuis les vingt dernières années-là. Là c'est beaucoup plus un travail de, je dirais, d'évaluation de patients, mais aussi de coordination avec les autres [...] c'est comme si on était le pivot central de toute cette équipe-là. [...] Maintenant, je nous sens plus comme si on était plus le centre de toute ça ». (Entrevue, personne participante 5)

Dans sa pratique, la connaissance de son champ est importante pour guider les actions : « [...] c'est sûr qu'on connaît notre champ d'exercice pis on sait que... ben je veux dire, moi je sais ce que j'ai à faire pis qu'est-ce qu'on attend que je fasse pour le patient. » (Entrevue, personne participante 5). Afin d'offrir des soins de qualité et adaptés à la condition clinique des personnes soignées, la personne participante considère qu'elle doit faire « [...] un bon examen puis une bonne lecture du dossier, puis de connaître quel va être ses besoins, c'est ça qui [me] permet d'occuper pleinement [mon] rôle et d'y fournir les soins » (Entrevue, personne participante 5). Pour occuper pleinement son champ de pratique, elle considère qu'une organisation optimale du travail avec les ressources humaines en quantité suffisante est essentiel pour y parvenir :

« L'organisation du travail je trouve que c'est facilitant, parce que présentement je trouve qu'il y a assez de préposés sur le département que eux occupent pleinement leur rôle, y'a assez d'infirmières auxiliaires qui elles occupent pleinement leur rôle, fait que ça nous permet à nous autres les infirmières d'occuper mieux notre rôle. » (Entrevue, personne participante 5)

Pratiques cliniques exemplaires

Afin de démontrer une pratique sécuritaire et de qualité, la personne participante adopte une vision élargie de son rôle : « La connaissance du dossier du patient, la connaissance de mon patient, premièrement là, pis, ben la connaissance de mon champ de pratique, de savoir tout ce que je peux faire, tous les intervenants que je peux demander. » (Entrevue, personne participante 5). Lors de l'observation, elle ajoute des informations sur son plan de travail de la journée. À la suite du rapport, elle discute avec son équipe pour répartir les tâches et voir les personnes soignées qui sont à voir prioritairement. Durant sa tournée d'évaluation, elle interpelle l'inhalothérapeute pour avoir un deuxième avis sur les résultats de l'évaluation pulmonaire effectuée. Par la suite, elle avise ses collègues immédiatement s'il y a un changement de comportement, de l'agitation ou tout autre signe inhabituel chez les personnes soignées. Pour appuyer cette observation, elle mentionne en entrevue : « J'évalue mon patient et selon les besoins que moi je considère qu'il a besoin, je mets les autres intervenants dans le dossier selon ce que je pense que moi y'a besoin selon les résultats des examens que j'ai faits. » (Entrevue, personne participante 5). Elle assure des pratiques cliniques appuyées par les bonnes pratiques sécuritaires et assure le suivi à ses collègues : « Je ne dirai jamais rien dont je ne suis pas certaine à 100% de la réponse. [...] Je vais aller vraiment à la source pour donner une réponse 100 % fiable. Sinon je ne répondrai pas, mais je vais trouver la réponse » (Entrevue, personne participante 5)

Pensée systémique

La personne participante applique des stratégies et tactiques d'influence afin d'atteindre des objectifs communs de santé bénéfiques pour les personnes soignées :

« Quand on a du leadership, on sait qu'on réussit toujours à capter l'attention du patient, de sa famille fait que ça fait qu'on réussit à faire comme une unité avec tout le monde [...]. Celle qui a du leadership va réussir à aller chercher tout le monde, tous les autres intervenants, ainsi que le patient, ainsi que sa famille [...] l'infirmière qui réussit à regrouper son infirmière auxiliaire, son préposé pis que tu sais d'emblée les autres intervenants vont venir lui parler, le médecin va venir lui parler [...] la physiothérapeute va venir lui dire s'il y a des changements, l'ergothérapeute aussi pis y vont mettre ensemble des traitements ou des interventions à faire, ils vont déjà aller solliciter cette infirmière-là parce qu'ils savent déjà qu'elle a une bonne dynamique [...] ». (Entrevue, personne participante 5)

Ces stratégies d'influence ont pu être observées lors de la séance d'observation. Il y a une dynamique de collaboration intra et inter équipe qui se perçoit avec beaucoup d'échanges entre les professionnels. La personne participante dirige son équipe avec assurance et ses collègues viennent la voir souvent pour lui poser des questions et se valider auprès d'elle lors de doute ou questionnement. La séance d'observation a aussi permis de constater qu'elle explique de façon exhaustive aux personnes soignées les interventions qu'elle fait et aura à faire. Elle répond à leurs questions et inquiétudes. Pour une personne soignée qui refusait de se mobiliser à la suite d'une chirurgie, elle explique les risques du déconditionnement et l'importance de la mobilisation. Ensuite, elle prodigue des conseils à la famille pour que cette dernière puisse participer selon leur capacité. Pour une autre personne soignée qui est diabétique, elle demande si elle est

intéressée à recevoir de l'enseignement approfondi à ce sujet et interpelle ensuite la ou le nutritionniste pour planifier cet enseignement. Lors de l'entrevue, elle affirme :

« Le patient, vraiment, il va en sortir gagnant, parce que si tous les intervenants travaillent ensemble au lieu de travailler en silo, seul, je pense que le patient au bout du compte, son séjour va être raccourci parce que tout le monde va travailler ensemble dès le début pis y va avoir probablement tout ce qu'il a besoin. » (Entrevue, personne participante 5)

Développement des ressources humaines

La personne participante démontre une attitude positive tout au long de la séance d'observation. Elle implique son équipe de travail dans la prise de décision et l'ajustement des plans de soins : « Si quelqu'un a quelque chose à me demander ou euh ou si c'est correct, je vais toujours dire oui, je vais toujours être d'accord pour essayer quelque chose ou un projet pour les personnes soignées, ça va toujours être positif. » (Entrevue, personne participante 5).

Synthèse des résultats

Pour cette étude, le cas était l'unité de soins dans un centre hospitalier en région rurale où travaillent les personnes participantes. Les personnes soignées sont des adultes souffrant de divers problèmes de santé. Les questionnaires sociodémographiques et professionnels ainsi que le QÉPI ont recueilli des données avant les séances d'observation et les entrevues individuelles. Les résultats obtenus ont permis de décrire comment font les infirmières et les infirmiers, au quotidien, pour occuper leur champ de pratique et

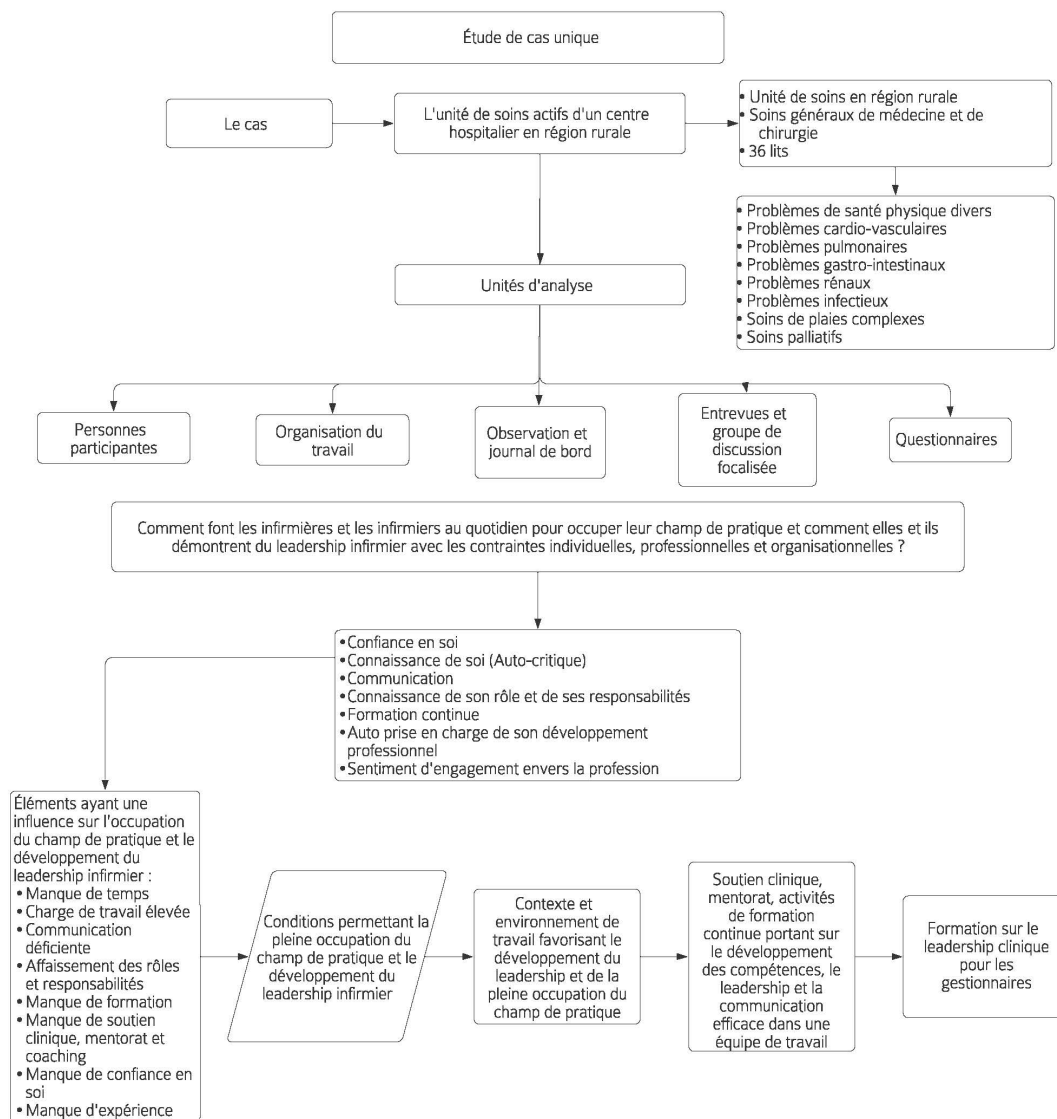
comment elles et ils démontrent du leadership infirmier avec les contraintes individuelles, professionnelles et organisationnelles. Les résultats de cette étude de cas ont fait ressortir que l'occupation du champ de pratique n'est pas optimale et que la démonstration du leadership infirmier est différente d'une infirmière ou d'un infirmier à l'autre. Les résultats obtenus pour les différentes dimensions démontrent que la dimension la plus utilisée est celle portant sur l'évaluation et la planification des soins (dimension 1) avec un résultat moyen de 4,75 sur 6. La deuxième est la mise à jour et l'utilisation des connaissances (dimension 6) avec un résultat moyen de 4,73 sur 6. En troisième place, la dimension explorée était celle de l'enseignement à la clientèle et aux familles (dimension 2) avec un résultat moyen de 4,65 sur 6. La quatrième dimension utilisée est la communication et la coordination des soins avec un résultat moyen de 4,56 sur 6 (dimension 3). Les deux dimensions les moins utilisées sont l'optimisation de la qualité et la sécurité des soins avec des moyennes de 4,04 sur 6 et, au dernier rang, l'intégration et encadrement du personnel avec 3,55 sur 6 (dimension 4). La faible utilisation de cette dimension peut s'expliquer par un manque de leadership et une sous-utilisation des compétences infirmières. Le niveau de complexité 1 obtient de plus hauts résultats dans les données recueillies comparativement aux niveaux de complexité 2 et 3 ce qui permet également de croire que les compétences infirmières sont sous-utilisées.

La Figure 4 représente la synthèse des éléments qui ont été considéré dans cette étude de cas afin de mieux comprendre comment font les infirmières et les infirmiers pour occuper leur champ de pratique et démontrer du leadership. Pour l'ensemble des

personnes participantes, les résultats recueillis lors de la collecte de données ont permis de constater des différences importantes dans la pratique infirmière d'une personne participante à l'autre, mais également indépendamment du nombre d'années d'expérience. La formation collégiale ou universitaire, l'âge, les différentes expériences de travail, les aptitudes personnelles des infirmières et infirmiers sont des facteurs qui peuvent influencer la pratique, mais qui ne sont pas les seuls éléments à considérer. Une gamme d'éléments et de facteurs facilitent ou contraignent la pratique infirmière et le leadership infirmier. Ces sujets seront abordés dans le prochain chapitre portant sur la discussion des résultats.

Figure 4

Synthèse des résultats de l'étude de cas



Discussion

Le but de cette étude était de comprendre comment le leadership infirmier influence la pleine occupation du champ de pratique en milieu hospitalier. Plus spécifiquement, il a été tenté de comprendre comment font les infirmières et infirmiers au quotidien pour occuper leur champ de pratique et comment elles et ils démontrent du leadership infirmier avec les contraintes individuelles, professionnelles et organisationnelles.

Dans ce chapitre, la discussion des résultats de ce projet de recherche sera présentée dans le but de faire ressortir comment le leadership infirmier pourrait être considéré comme un élément favorisant la pleine occupation du champ de pratique. Tout d'abord, trois principaux constats ressortent de cette analyse : 1) La participation à l'intégration et à la supervision du personnel favoriserait une meilleure occupation du champ de pratique; 2) Les infirmières et les infirmiers, qui démontrent de la confiance en soi, qui communiquent avec l'équipe de soins et leurs personnes soignées, semblent avoir plus de facilité à démontrer du leadership et à occuper leur champ de pratique et; 3) L'occupation du champ de pratique est modulée par plusieurs éléments qui facilitent ou contraignent la pratique infirmière. Ensuite, les contributions théoriques et méthodologiques seront exposées, ainsi que les forces et les limites de l'étude. Pour terminer, les recommandations pour la pratique, la recherche et celles liées à la gestion seront abordées.

Le leadership infirmier et l'occupation du champ de pratique

Le leadership infirmier est une compétence indispensable pour le déploiement de la pratique infirmière, pour le rôle de l'infirmière et de l'infirmier et pour la qualité des soins. Plusieurs auteurs mentionnent que le rôle infirmier évolue constamment et sa place dans le système de santé est un atout majeur et qu'il est plus que nécessaire de se questionner sur la place qui est laissée au leadership infirmier ainsi que son impact sur la pratique (AIIC, 2009; Berger & Ducharme, 2019; Maltais, 2009). Ce leadership implique un lien de confiance et plusieurs interactions entre l'infirmière et l'infirmier leader, ses collègues et les personnes soignées. Le leadership infirmier doit être considéré comme étant une responsabilité qui est partagée entre les praticiens, tous niveaux confondus, et qui n'est pas exclusif à l'administration et à la gestion (Maltais, 2009). L'infirmière et l'infirmier doit se considérer comme un membre à part entière de l'équipe dans laquelle elle ou il participe au maintien d'un climat de travail sain et professionnel contribuant ainsi à dispenser des soins qualité en occupant davantage son champ de pratique (Godin, 2018; Maltais, 2009). Lors des différentes étapes de la collecte de données, les personnes participantes se concentraient davantage sur les habiletés techniques et leur pratique clinique. Ce qui implique que la dimension 6; soit la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles; n'a pas été observée durant la séance d'observation et le sujet des ressources matérielles, financières et informationnelles n'a pas été abordé par l'ensemble des personnes participantes tant lors des séances d'observation, de l'entrevue que lors du GDF. Considérant que pour l'ensemble du groupe, cette dimension n'est ni

observée ni abordée dans la collecte de données, elle ne fera pas partie de l'analyse individuelle des personnes participantes en raison de l'absence de données à ce sujet.

Contribution à l'intégration et supervision du personnel : stratégies pour une meilleure occupation du champ d'exercice

Les infirmières et les infirmiers qui participent activement à l'intégration, à la supervision et à la transmission du savoir semblent développer davantage une efficacité professionnelle et avoir un sens des priorités élevé. Cette dimension favorise le développement du leadership et il en découle une meilleure occupation du champ de pratique. Selon Ganz et al. (2016), le fait de se considérer soi-même comme un leader jumelé à un sens élevé des responsabilités augmente la capacité à occuper pleinement son champ de pratique. Lecomte (2004) va dans ce sens en abordant la théorie de Bandura sur l'auto-efficacité. Cet auteur fait le lien avec les croyances personnelles au regard de l'efficacité personnelle influencent une grande majorité de leurs actions, de leur façon de penser, de leur niveau de motivation, de leur comportement et de leur sentiment (Lecomte, 2004). Cela peut ouvrir la porte à la perspective que la confiance en soi a un impact significatif sur le leadership infirmier qui, lui, a un impact sur la pleine occupation du champ de pratique.

Le leadership infirmier a été décrit comme étant une compétence associée à la pleine occupation du champ de pratique (Dever et al., 2015; Emami, 2019; Germain & Cummings, 2010; Mathieu et al., 2016). L'influence positive exercée par l'infirmière ou l'infirmier auprès des personnes soignées, de leur famille et de l'équipe de soins ayant

pour but ultime d'assurer des soins et services optimaux, intégrés et orientés vers la santé et le mieux-être des personnes soignées permettent de considérer que l'infirmière ou l'infirmier fait alors preuve de leadership infirmier (Maranda & Lessard, 2017).

Les données recueillies ont permis de comprendre que les infirmières et les infirmiers qui s'impliquaient activement dans l'intégration et dans la supervision du personnel au niveau de complexité 2 et 3 démontraient davantage de leadership infirmier dans leur pratique. Par exemple, pour cette dimension, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve d'exemplarité dans sa pratique et dans ses comportements, démontrer du leadership et transmettre ses connaissances afin de participer au développement des nouvelles ressources (D'Amour et al., 2012). Les personnes participantes qui s'impliquaient moins pour cette dimension démontraient moins de leadership durant les séances d'observation. La moyenne obtenue au QÉPI pour cette dimension est la plus faible comparativement aux autres dimensions avec un score moyen de 3,55 avec un écart-type de 0,43. Ces résultats laissent croire que la participation à l'orientation et à l'encadrement, le mentorat, le coaching, le développement et la dispensation d'activités de formation sont sous-utilisés et cela peut avoir un impact sur le développement du leadership. Le leadership ainsi que l'intégration et la supervision du personnel requièrent une efficacité professionnelle et personnelle. Une étude, menée en Australie en 2021, a démontré que la supervision et la délégation nécessitent un processus d'évaluation et de prise de décision complexe qui sont influencées par différents facteurs, tels que la confiance en soi (Walker et al., 2021). En ce sens, en comparant le faible résultat du QÉPI pour la dimension 4, l'intégration et la supervision, avec le plus haut score de la dimension

1 portant sur l'évaluation et la planification des soins avec un score moyen de 4,78/6 avec un écart-type de 1,32, il peut être difficile de généraliser les résultats dû à l'écart-type élevé et cela porte à croire que les attributs personnels de chacun influencent leur pratique. Le faible échantillon peut également avoir eu un impact sur ces données.

L'expérience et les connaissances personnelles viennent développer l'expertise de l'infirmière ou l'infirmier et construisent ses propres paradigmes qui dictent sa pratique (Benner, 1995). Par exemple, selon les stades de compétence de Benner (1995), la personne participante 1 est novice. À ce stade, l'infirmière ou l'infirmier se consacrent à développer ses propres compétences et son comportement professionnel est limité à ce niveau, ce qui peut rendre difficile l'expression du leadership, la transmission des connaissances, la supervision et la démonstration d'une confiance en soi considérant le début de la consolidation des connaissances acquises durant sa formation de base (Benner, 1995). À ce stade, l'infirmière ou l'infirmier, étant axé majoritairement vers la tâche, limite le développement de son leadership et restreint le travail d'équipe (de Vries & Curtis, 2019). La personne participante 1 mentionnait qu'elle développait graduellement ses capacités de leadership, mais qu'elle devait améliorer sa confiance en soi pour y arriver. Au stade de novice, l'infirmière et l'infirmier se concentrent davantage sur sa propre pratique clinique pour éventuellement intégrer la transmission des connaissances et par le fait même favoriser le développement du leadership (Benner, 1995; de Vries & Curtis, 2019).

Les résultats de la personne participante 3, étant au niveau expert et ayant eu les plus hauts scores pour l'ensemble des dimensions, coïncident avec les affirmations de ces auteurs (Benner, 1995; de Vries & Curtis, 2019). Durant les séances d'observation, elle a démontré une confiance en soi et du leadership envers ses collègues dans la supervision et la délégation des activités de soins. Elle a également obtenu le deuxième plus haut score pour la dimension de la communication et la coordination des soins. En comparaison, la personne participante 2, étant également de niveau expert, a obtenu les scores les plus faibles pour le niveau de complexité 3 de l'ensemble des dimensions avec une moyenne de 1,33 sur 6. Durant l'entrevue, elle mentionnait avoir un fort leadership et transmettre ses connaissances. Toutefois, les résultats du QÉPI démontrent que les dimensions de l'étendue de sa pratique sont davantage utilisées au niveau de complexité 1 et que les niveaux 2 et 3 sont les plus faibles comparativement aux autres personnes participantes. Ces différences de résultats entre le QÉPI, les données recueillies durant les entrevues et les séances d'observation peuvent s'expliquer par l'influence des perceptions personnelles que détient la personne et pouvant avoir un impact sur sa pratique et son leadership.

L'importance accordée à l'intégration et à la supervision du personnel ainsi qu'au leadership n'a pas été clairement explicitée par les personnes participantes au cours de la présente étude. L'ensemble du groupe a davantage énoncé l'importance du travail d'équipe et celle de démontrer une pratique exemplaire plutôt que d'exprimer leur leadership au sein de leur équipe de travail. Ainsi, pour les personnes participantes à cette étude, le travail d'équipe et les pratiques exemplaires semblaient davantage liés au savoir-

faire qu'au savoir et au savoir-être. Ce savoir-faire, qui ne s'exprime pas seulement lors de la pratique clinique, mais aussi lors du travail d'équipe, semble intimement lié à la démonstration de l'expertise infirmière par les personnes participantes. Berger et Ducharme (2019) partagent également cette idée puisque que pour eux, le leadership infirmier n'est pas seulement lié à la pratique clinique, mais doit aussi s'exprimer en contexte de formation, de recherche, de gestion et de qualité et sécurité des soins. Il est donc possible d'en déduire que le leadership est impacté par plusieurs éléments qui favorisent ou freinent son développement, tel que le degré d'autonomie, les gestionnaires qui soutiennent peu l'aspect du développement du leadership infirmier ou une organisation du travail optimale, les relations entre les infirmières et infirmiers et les autres collègues ainsi que leur degré de motivation (Germain & Cummings, 2010).

Dans la présente étude, il aurait été souhaité que le leadership prenne une place plus grande à l'intérieur des résultats obtenus, observés et recueillis lors de la collecte des données. Les personnes participantes ont mentionné n'avoir eu que très peu ou pas de formation en lien avec le leadership infirmier et que cela se développait principalement avec l'expérience de travail. Toutefois, cette affirmation est contradictoire avec les constats de Maltais (2009) qui précise que le leadership ne se développe pas uniquement par l'expérience acquise, mais davantage par la formation, le soutien de l'organisation, un environnement de travail favorisant le développement du leadership et celui de la pratique. La formation continue et les activités de codéveloppement constituent des facilitateurs pour le développement du leadership infirmier et cela doit débiter dès le début de la pratique

ainsi que tout au long de la carrière d'une infirmière ou d'un infirmier dans un contexte de formation continue (Boutin et al., 2021).

La confiance en soi et la communication interprofessionnelle : deux leviers à l'exercice du leadership infirmier et à la pleine occupation du champ de pratique

Dans le cadre de cette étude, les séances d'observation ont permis de constater que le lien de confiance établi entre les membres de l'équipe et la personne soignée faciliterait l'expression du leadership infirmier et l'occupation du champ de pratique. Il a été observé que cela favorise le rôle de chaque professionnel ainsi qu'une meilleure occupation du champ de pratique en déléguant avec assurance les soins selon l'expertise de chacun. Ainsi, les soins sont optimisés et complémentaires selon la professionnelle ou le professionnel qui les dispense. Lorsque l'infirmière et l'infirmier démontrent de la confiance et communique de façon explicite avec un membre de l'équipe, chacun sait ce qu'il doit effectuer et à qui se rapporter. La communication favorise l'occupation du champ de pratique et favorise l'expression du leadership tel que constaté dans l'étude de Roy et al. (2015). Ces chercheurs affirment que les pratiques collaboratives apporteraient plusieurs bénéfices à la pratique, notamment pour la dimension associée à la communication et la coordination des soins, en plus de favoriser celle portant sur l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins. Le leadership démontré envers les personnes soignées amène une influence positive pour une prise en charge optimale. Les personnes participantes ont mentionné que le leadership infirmier était moins lié à une forme d'autorité, que ce soit envers les personnes soignées ou les collègues de travail, mais plutôt associé à une approche davantage collaborative. Le cadre de référence, adapté

du modèle de Sherman par Mathieu et al. (2016), propose un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique qui distingue le leadership formel des gestionnaires axé sur le contrôle et le fonctionnement efficient des unités vers un leadership clinique davantage orienté vers la pratique infirmière (Mathieu et al., 2016). Les résultats obtenus durant la présente étude appuient les constats de ces auteurs qui soutiennent que le leadership est important pour la pratique clinique et que cela n'est pas réservé uniquement à la gestion des organisations, mais tout autant à la pratique clinique des infirmières et infirmiers sur le terrain. Durant les entrevues, toutes les personnes participantes ont mentionné qu'elles et qu'ils considéraient le leadership infirmier comme étant nécessaire dans leur pratique infirmière afin d'optimiser les soins et la communication au sein de leur équipe. Or, les résultats obtenus démontrent une variabilité pour les personnes participantes malgré l'importance qui est accordée au leadership.

L'analyse de concept effectuée par Doré (2017) sur des infirmières et infirmiers pratiquant sur une unité de santé mentale en centre hospitalier associait la confiance en soi à une meilleure connaissance de ses propres limites afin de déployer davantage la pratique infirmière selon ses connaissances et son niveau de compétence. Cette analyse avait pour objectif la clarification et l'approfondissement de la connaissance pour ensuite proposer des recommandations. Cette étude a permis de conclure que l'estime de soi avait une influence considérable sur la manière d'agir et de réagir en milieu de travail face à diverses situations et que cela avait un impact sur la qualité du travail et la promotion de la santé (Doré, 2017). Ce concept d'estime de soi exploré dans cette analyse soulève qu'il

est une résultante subjective de la vision portée sur soi-même, la valeur que l'on s'accorde, l'acceptation de soi, le sentiment de compétence propre à chacun et le respect de soi. Cette analyse de concept vient appuyer les résultats de la présente étude à l'effet que les personnes participantes accordaient une importance à développer de la confiance en soi. Selon les personnes participantes, le fait d'avoir confiance en soi aide au développement du leadership infirmier.

Une étude descriptive, menée au Canada par MacPhee et al. (2012) et portant sur le développement du leadership des infirmières et des infirmiers gestionnaires et les programmes de formation en leadership, met en évidence que ce type de formation permet à ces infirmières et ces infirmiers gestionnaires d'être plus efficaces dans leur rôle de leader. Leur conclusion faisait état que les personnes participantes ayant un niveau plus élevé de leadership avaient une plus grande confiance en soi et une plus grande autonomie dans l'exercice de leurs fonctions indépendamment de leur secteur d'activités. Les programmes de formation ont eu des effets positifs dans leur style de leadership, dans la reconnaissance de leur personnel et dans les liens de collaboration (MacPhee et al., 2012). Quoique cette étude s'adressait aux gestionnaires, il y a un parallèle qui peut être fait avec le développement du leadership infirmier pour les infirmières et infirmiers soignants. Le développement du leadership pourrait être une avenue intéressante pour les infirmières et les infirmiers à mettre en place par le biais de formation, de soutien et de mentorat dans les organisations afin de les soutenir dans leur développement professionnel.

Plusieurs éléments modulent l'occupation du champ de pratique infirmier

Le troisième constat fait état des éléments influençant positivement ou négativement l'occupation du champ de pratique. Lors des entrevues, les personnes participantes ont mentionné plusieurs éléments qui facilitent leur pratique. Toutefois, aucune des personnes participantes n'a mentionné rapporter ces éléments à leur questionnaire afin de trouver des pistes de solutions. Cela laisse croire que les infirmières et infirmiers pourraient se sentir peu concernés par les prises de décisions et l'impact qu'elles et ils peuvent avoir sur leur environnement de travail ou l'organisation du travail. Parmi ces éléments, la connaissance approfondie de leur rôle et des responsabilités en lien avec leurs activités réservées est ressortie à plusieurs reprises. Ainsi, cela permettrait d'occuper davantage leur champ de pratique et de mieux déléguer certaines tâches entre les membres de l'équipe de soins qui peuvent être faites par une personne ayant un autre titre d'emploi, telles que l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire ou la préposée ou le préposé aux bénéficiaires. De cette initiative, considérant que des tâches peuvent ainsi être déléguées, les données recueillies ont également fait ressortir que de bénéficier d'une équipe complète de professionnels, tel que du personnel de soutien administratif et du personnel en soins d'assistance, en quantité requise, permettraient aux infirmières et infirmiers de se concentrer sur leur rôle et occuper davantage leur champ de pratique. En ce sens, les personnes participantes ont mentionné passer un temps considérable à des tâches qui ne relevaient pas de leurs compétences, telles que les tâches relevant du niveau administratif pouvant être assumées par une agente administrative ou un agent administratif. Les résultats de la présente étude sont cohérents avec les résultats de Déry

et al. (Déry et al., 2015a) qui démontrent que le champ de pratique infirmier est sous-utilisé au détriment d'autres tâches. Également, Déry et al. (Déry, 2019) va en ce sens en mentionnant qu'il y avait trop de temps consacré à l'exécution de tâches sans valeur ajoutée pour la personne soignée au détriment d'activités essentielles comme l'évaluation.

Un autre élément qui faciliterait une meilleure occupation du champ de pratique est un sens de l'organisation et d'adaptation élevé lorsque l'acuité des soins varie d'un moment à l'autre durant le quart de travail. Le travail d'équipe, la collaboration et la communication ont été nommés comme de grands facilitateurs. Roy et al. (2015) viennent appuyer ce constat en identifiant certains facteurs influençant la pleine occupation du champ de pratique, tels que la vision et les valeurs de l'infirmière ou l'infirmier, les standards de pratique, la pratique réflexive, le développement professionnel, les soins centrés sur la personne soignée, la reconnaissance, la gouvernance organisationnelle, la recherche, l'innovation et le travail d'équipe (Roy et al., 2015).

Les personnes participantes relient davantage leur style de leadership à un leadership informel et collaboratif partagé entre les membres de l'équipe comparativement à un leadership formel relié à un statut d'autorité. Ceci est en cohérence avec Godin (2018) qui indiquait davantage une relation d'égal à égal et de façon collective. L'infirmière ou l'infirmier se considère avant tout comme étant un membre à part entière de l'équipe et elle ou il contribue au maintien d'un climat de travail sain (Godin, 2018).

La confusion des rôles a un impact sur la collaboration professionnelle au sein d'une équipe (Lankshear et al., 2016). Toujours selon ces auteurs, cette confusion occasionne des conflits de rôles, du chevauchement dans les champs de pratique ce qui peut affecter la collaboration et les relations harmonieuses au sein de l'équipe (Lankshear et al., 2016). Cette littérature appuie les présents résultats qui vont dans le même sens que cette présente étude. Le leadership doit être considéré comme essentiel afin de créer une culture de collaboration et de respect qui améliorent les paramètres de la pratique infirmière. Pour ce faire, il est primordial de bien définir et clarifier les rôles dans le but ultime d'optimiser la pratique infirmière. Cela pourrait permettre une meilleure utilisation des connaissances et compétences infirmières ce qui assurera davantage la qualité des soins aux personnes soignées (Lankshear et al., 2016).

Contributions théoriques

Un modèle conceptuel sert de guide dans les étapes du processus de la recherche et vient appuyer les résultats et leur interprétation. Ce fondement théorique réfère aux connaissances sur le sujet choisi afin de formuler des hypothèses et de constater les relations entre les variables (Fortin, 2010). Pour cette recherche, le modèle conceptuel de Mathieu et al. (2016) a été utilisé pour répondre à la question de recherche. L'utilisation de ce modèle a permis l'approfondissement des connaissances du leadership infirmier et les facteurs qui l'influencent dans le contexte hospitalier. Ce modèle étant mieux adapté à la pratique clinique, qui était explorée dans cette recherche, a contribué à élaborer les divers outils de collecte de données ainsi qu'à guider l'analyse des données. En cohérence

avec la méthodologie de Stake (1995), ce modèle a servi à explorer le leadership infirmier des infirmières et des infirmiers dans leur milieu de travail. La compétence qui concerne la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles est sous-utilisée par l'ensemble des personnes participantes puisqu'elles et ils la considèrent moins essentielle dans la pratique clinique sur le terrain.

Dans cette analyse, chacune des compétences mentionnées apporte des éléments de précisions concernant le lien entre les données, le leadership et la pleine occupation de leur champ de pratique. Par exemple, la compétence de l'efficacité personnelle permet de faire le lien entre les attributs personnels, tels que la confiance en soi, la forte identité et l'intelligence émotionnelle qui ont visiblement une influence sur le niveau de leadership de l'infirmière et l'infirmier tel que constaté durant cette étude. Mais encore, la compétence des pratiques cliniques exemplaires ne réfère pas seulement à l'infirmière et l'infirmier eux-mêmes. Ces pratiques peuvent être influencées par plusieurs contraintes organisationnelles, telles qu'une charge de travail trop élevée ou une organisation du travail qui ne favorise pas les rôles et responsabilités de chaque professionnelle ou professionnel.

Finalement, la compétence de la gestion des ressources matérielles, financières et informationnelles est peu considérée par les infirmières et infirmiers sur le terrain. Pourtant, cet aspect peut avoir une incidence significative sur leur pratique, comme par exemple, le fait de bénéficier d'outils technologiques informatiques permet d'être plus

efficace et de dégager du temps pour sa pratique, de veiller à la bonne utilisation du matériel afin d'éviter des coûts non nécessaires.

Contributions méthodologiques

Le devis d'étude de cas proposé par Stake (1995) a permis d'étudier la pleine occupation du champ de pratique infirmier et l'impact du leadership dans un milieu de soins et de recueillir des données qui ont approfondi les connaissances actuelles sur le sujet à l'étude. Selon les recommandations de Stake (1995), l'approche constructiviste a servi à guider cette étude. Cet auteur précise que les connaissances d'un sujet ne sont pas une copie de la réalité, mais sont plutôt uniques et se construisent de façon collective, en provenant de l'expérience vécue (Stake, 1995). Le savoir est teinté de la signification personnelle de l'expérience vécue. Ces éléments ont enrichi et amélioré la compréhension dans l'analyse des données en reconnaissant l'unicité de chaque personne participante. En ce sens les recommandations de Stake (1995) ont été suivies concernant la place de la chercheuse ou du chercheur dans la l'étude. À partir de ce devis, il a été possible d'utiliser plusieurs sources de données dans le but de répondre à la question de recherche et d'avoir une meilleure compréhension du phénomène à l'étude.

Ce choix de devis a favorisé l'exploration de la pratique infirmière réelle comme cela est vécu au quotidien par les infirmières et infirmiers avec l'ensemble des contraintes et facilitants avec lesquels elles et ils doivent conjuguer dans la réalité. Cela a permis aussi à l'étudiante à la maîtrise de visualiser comment les infirmières et les infirmiers déploient

leur pratique et comment plusieurs éléments peuvent influencer leur quotidien en milieu de travail.

Forces et limites de l'étude

Forces

Les forces de cette étude ont permis de mieux comprendre la pratique infirmière sur une unité de soins actifs et de constater la place qu'occupent l'infirmière et l'infirmier dans les soins de santé au sein d'un milieu hospitalier. L'étude menée dans un milieu clinique dans les conditions réelles de pratique a été une force afin d'assurer une représentativité de la pratique telle qu'elle est vécue par les infirmières et les infirmiers au quotidien.

Une autre force de cette étude réside dans la libre expression qu'ont bénéficié les personnes participantes lors de la collecte de données faite par le biais des questionnaires. En effet, elles pouvaient participer à la collecte de données individuellement et librement. L'émission de commentaires a été évitée ainsi que les discussions entre la personne observatrice et celle qui est observée dans le but d'éviter d'influencer les comportements des personnes participantes, tel que suggéré par Beaugrand (1984). Cela a permis de diminuer l'influence sur les comportements des personnes participantes et donc des données recueillies lors des observations. Les séances d'observation qui ont été effectuées selon ces principes ont facilité la collecte de données car les personnes participantes n'avaient pas la contrainte d'être questionnées et de devoir interagir avec la personne

observatrice ce qui aurait pu interrompre leur discussion avec les collègues, les personnes soignées ou influencer leur comportement.

Limites

Cette étude comporte certaines limites, tout d'abord, les résultats recueillis étaient basés sur l'autodéclaration et la perception que l'infirmière ou l'infirmier a de sa pratique. Les courtes séances d'observation ont pu limiter les comportements observés et l'occupation du champ de pratique des personnes participantes qui peuvent s'étendre sur une plus longue période durant leur quart de travail. Plusieurs autres facteurs ou obstacles peuvent être reliés au leadership et à la pleine occupation du champ de pratique tel que les contraintes organisationnelles qui encadrent la pratique dans le milieu de soins, les relations interpersonnelles et interprofessionnelles, l'environnement et le climat de travail, le manque de personnel, la surcharge de travail ou d'autres caractéristiques personnelles ou situationnelles qui sont considérés comme des facteurs pouvant avoir une influence (de Vries & Curtis, 2019). Ces aspects n'ont pas été étudiés en profondeur dans cette présente étude considérant la courte période d'observation et qui se limitait à la démonstration du leadership, la pratique clinique et l'environnement de travail au moment de la période d'observation. Les participants ont peu mentionné ces dimensions lors de leurs entrevues.

Selon Manojlovich (2005), les biais potentiels possibles sont le taux d'occupation sur l'unité, le manque de personnel, la surcharge de travail, le désengagement professionnel, le manque de matériel, la perception de l'infirmière ou l'infirmier face à

l'observation et la présence du chercheur. Le recrutement volontaire des personnes participantes peut avoir créé un biais s'il est considéré que les volontaires peuvent être constitués d'infirmières engagées et infirmiers engagés envers la profession et ayant un leadership plus développé que la majorité ainsi qu'un intérêt pour l'avancement des connaissances sur la pratique.

Par ailleurs, le QÉPI comporte une possible limite de perception. Pour cause, cet outil a recueilli les perceptions qu'ont les infirmières et les infirmiers sur leur pratique. Il s'agit donc d'une perception autorapportée par le répondant (ici les infirmières et les infirmiers). Cela peut comporter un biais, car la perception des infirmières et des infirmiers peut être influencée par diverses caractéristiques individuelles, organisationnelles et environnementales (D'Amour et al., 2012). La petite taille de l'échantillon a pu limiter l'éventail des données sur la vision d'ensemble de la pratique. Puisque les données subjectives ont été recueillies directement auprès des personnes participantes, elles peuvent avoir une vision augmentée ou diminuée de leur pratique et de leur leadership.

Recommandations

Pratique

La question demeure à savoir si tous les moyens sont mis en place pour développer et soutenir le leadership infirmier. Le leadership infirmier est davantage abordé dans la recherche, mais il n'en demeure pas moins que les connaissances actuelles sur ce

leadership, son développement et son impact n'ont pas été exploitées autant que cela devrait l'être (Maltais, 2009; Wood, 2021). Il faut miser davantage sur l'exploitation de cette compétence afin de favoriser la pleine occupation du champ de pratique, améliorer la performance du personnel infirmier et l'efficacité du système de santé (Cummings et al., 2010). Pour ce faire, les infirmières et les infirmiers doivent maximiser les opportunités de démontrer leur leadership, être proactifs dans l'autoformation et les opportunités de formation sur le leadership et exprimer leurs besoins à leur organisation afin de bénéficier d'un soutien organisationnel. Les recommandations faites par Maltais (2009), mettaient déjà en premier plan les conditions favorisant la pratique infirmière et le lien avec le leadership infirmier. Cet auteur soulignait l'importance de renforcer le leadership infirmier afin de créer un environnement de travail qui optimise les résultats pour les personnes soignées ainsi que pour le personnel infirmier. Force est de constater que les mêmes constats sont toujours d'actualité.

Recherche

Pour l'avancement de la recherche en sciences infirmières, il serait intéressant de mener des recherches supplémentaires pour documenter davantage le leadership infirmier et son développement afin de mesurer l'impact direct sur la pleine occupation du champ de pratique. Par exemple, une étude de cas multiples pourrait avoir comme avantage l'augmentation des variations potentielles et cela permettrait d'augmenter la robustesse des résultats obtenus et la transférabilité (Ridde et al., 2023). Aussi, une étude de type phénoménologique, sur un plus grand échantillon et une plus grande période, pourrait

s'avérer pertinente. Les données, recueillies par le biais d'expériences, décrivant davantage le sens de l'expérience vécue, la compréhension de la personne face à son vécu et la conscience qu'une personne a d'elle-même, pourraient permettre des constats d'une plus grande profondeur (Ribau et al., 2005).

Gestion

Les infirmières et infirmiers gestionnaires ont un impact significatif sur le comportement de leurs infirmières et leurs infirmiers. Ils augmentent les comportements innovants, la performance professionnelle et le leadership des infirmières et des infirmiers en faisant preuve elles-mêmes et eux-mêmes de leadership (Kül & Sönmez, 2021). Le système de santé devrait se doter de postes de gestionnaires qui sont occupés par des infirmières et des infirmiers expérimentés avec de fortes capacités de leadership infirmier. Cela permettrait de mieux soutenir le développement du leadership infirmier des infirmières et infirmiers soignantes sur le terrain ainsi que leur potentiel de pratique (Maltais, 2009). Pour ce faire, les directions des ressources humaines pourraient évaluer davantage les compétences en leadership des futurs gestionnaires à partir du cadre de référence de Sherman et al. (2007) au moyen de questionnaires et d'entrevues portant sur leur compétence de leadership. Cela permettrait de se doter de gestionnaires cliniques en mesure de soutenir davantage le développement du leadership infirmier sur les unités de soins. Parallèlement, l'évaluation du leadership infirmier des infirmières soignantes et des infirmiers soignants pourrait être faite à partir du cadre de référence de Mathieu et al.

(2016) par le biais de séances d'observation et de questionnaires complétés de façon autonome afin de mieux cibler leurs besoins et l'évolution de leur leadership infirmier.

Conclusion

Cette étude de cas unique a permis de mieux comprendre l'impact du leadership infirmier sur la pratique infirmière et l'occupation du champ de pratique sur une unité de soins actifs en milieu hospitalier.

Les résultats obtenus ont permis de brosser un portrait représentatif de l'étendue de la pratique infirmière et la force du leadership dans un milieu de soins actifs et d'en voir l'impact sur l'occupation du champ de pratique de l'infirmière et de l'infirmier dans son contexte de travail. Les données recueillies par le biais du QÉPI ont démontré qu'il y a des variabilités importantes d'une personne participante à l'autre sur les activités infirmières et que le niveau de formation et d'expérience ne sont pas les seuls facteurs qui permettent la pleine occupation du champ de pratique et l'expression du leadership infirmier. Parmi ces autres facteurs, l'environnement et le contexte de travail, l'efficacité personnelle et professionnelle, la confiance en soi et la communication ont souvent été nommés par les personnes participantes comme des facteurs facilitateurs.

À cet effet, les données recueillies ont permis de constater que les infirmières et les infirmiers qui démontraient de la confiance en soi et des aptitudes de communication faisaient preuve d'un plus grand leadership et d'une plus grande occupation de leur champ de pratique. Toutefois, bien que la confiance en soi et le leadership ont souvent été nommés comme importants par les personnes participantes, la possibilité et le temps requis afin de développer ces aspects ont semblé moins favorables dans un milieu de soins actifs qui laissent peu d'opportunité de temps à ce niveau. Le manque de formation dans les organisations sur le développement du leadership peut constituer une barrière significative ayant un impact sur la pratique infirmière. Selon les données recueillies, l'évaluation et la planification des soins est une dimension qui prend une place importante pour les personnes participantes. Le score de cette dimension du QÉPI, fut la plus élevée avec un score de 4,78 et un écart-type de 1,32 comparativement à la dimension 4, l'intégration et la supervision du personnel, avec le score le plus faible 3,55 et un écart-type de 0,43, ce qui laisse croire que la transmission des connaissances et la co-construction sont plus faibles dans le milieu de soins. De plus, la moyenne des résultats de 2,2, pour les six personnes participantes, concernant l'activité 11 de la dimension 1 qui porte sur la participation, la conception et la mise à jour des programmes de soins indique que les infirmières et les infirmiers s'impliquent peu dans cet aspect important de la profession qui exige un certain degré plus élevé de leadership. Le manque de leadership ou le manque de temps peut être des barrières qui freinent ce type d'activités infirmières.

Les données recueillies ont permis de constater que le leadership est une compétence qui influence positivement une plus grande occupation du champ de pratique et qui pourrait favoriser les activités infirmières par le coaching, le mentorat et le soutien clinique qui sont des aspects importants pour arriver à la pleine occupation du champ de pratique et le développement de l'expertise. La pleine occupation du champ de pratique est tributaire de plusieurs éléments qui facilitent ou contraignent la pratique infirmière. Au sein des organisations, la confusion de rôles entre les divers professionnels peut amener un affaiblissement des rôles et des responsabilités et cela pourrait avoir comme conséquences de freiner la pleine occupation du champ de pratique. De plus, une grande charge de travail et un manque de ressources humaines peuvent également limiter l'occupation du champ de pratique de l'infirmière et de l'infirmier.

Le développement d'un cadre de référence sur le leadership infirmier pourrait être fait et utilisé par la suite afin de mettre en place des programmes de formation portant sur le développement du leadership infirmier pour les infirmières et les infirmiers. Le but de ce cadre de référence serait de favoriser une meilleure occupation du champ de pratique et de soutenir davantage les dimensions et les activités de la pratique infirmière ayant obtenu de plus faibles résultats. Également, une étude de cas multiple, menée avec un plus grand échantillon sur une plus grande période d'observation, pourrait être pertinente afin d'approfondir davantage la compréhension du déploiement du leadership infirmier sur les unités de soins afin d'en explorer davantage l'impact sur la pleine occupation du champ de pratique et permettre de fournir les outils et le soutien nécessaire. Cela pourrait amener

un portrait davantage exhaustif sur le lien entre ces deux éléments et éclairer davantage sur les éléments sociodémographiques, individuels et organisationnels qui favorisent le leadership infirmier dans le but de mettre en place les actions nécessaires à développer dans les milieux de pratique pour soutenir la pleine occupation du champ de pratique des infirmières et des infirmiers en plus du développement d'un leadership infirmier.

Il est possible d'affirmer que ce mémoire incite à pousser la recherche en ce sens pour approfondir les connaissances et l'analyse du leadership infirmier et son impact sur la pleine occupation du champ de pratique à plus grande échelle. Il est primordial de mettre en place les conditions qui favorisent le développement du leadership tel que de la formation, du soutien, du mentorat et une organisation du travail qui favorise la pleine occupation du champ de pratique.

Références

- Adams, J. M. (2018). Influence of Nurse Leader Practice Characteristics on Patient Outcomes: Results from a Multi-State Study. *Nursing Economic*, 36(6), 259-267.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A., & Halas, G. (2010). Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *The Canadian Nurse*, 106(3), 20-24.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Le leadership de la profession infirmière*.
 . https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Le_leadership_de_la_profession_infirmiere_enonce_de_position.pdf
- Beaugrand, J. P. (1984). *Observation directe du comportement* (2e éd.). Robert, M.
- Benhaberou-Brun, D. (2019). Le cadre LEADS en appui aux assistantes au supérieur immédiat. *Perspective Infirmiere*, 16(1), 73-73.
<https://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=134326059&login.asp&lang=fr&site=ehost-live>
- Benner, P. E. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. InterEditions ; Ed. du renouveau pédagogique. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb35751085r>
- Bennis, W. G. (1959). Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority. *Administrative Science Quarterly*, 4, 259-301.
<https://doi.org/10.2307/2390911>
- Berger, V., & Ducharme, F. (2019). Le leadership infirmier : un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession. *Recherche en Soins Infirmiers*, (136), 6-6.
<https://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=136971109&login.asp&lang=fr&site=ehost-live>
- Best, C. (2020). Is there a place for servant leadership in nursing? *Practice Nursing*, 31(3), 128-132. <https://doi.org/10.12968/pnur.2020.31.3.128>
- Boucher, G. (2021). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec - Un changement porteur d'avenir*.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4645406>
- Boutin, G. v., Pepin, J., & Brault, I. (2021). *L'exercice du leadership clinique infirmier dans des unités de soins hospitaliers : une étude de cas multiples*. Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/26971>. WorldCat.org.

- Buonocore, D. (2004). Leadership in action: creating a change in practice. *AACN clinical issues*, 15(2), 170-181.
- Cannaby, A.-M., Carter, V., Rolland, P., Finn, A., & Owen, J. (2020). The scope and variance of clinical nurse specialist job descriptions. *British Journal of Nursing*, 29(11), 606-611. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.11.606>
- Casey, M., Fealy, G., Kennedy, C., Hegarty, J., Prizeman, G., McNamara, M., O'Reilly, P., Brady, A.-M., & Rohde, D. (2015). Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions of a scope of nursing and midwifery practice framework. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1227-1237. <https://doi.org/10.1111/jan.12603>
- Cheng, K.-W. (2007). *A study on applying focus group interview on education* [Report]. *Reading Improvement* (Vol. 44, pp. 194+). Repéré le 2023/8/10/ à <https://link.gale.com/apps/doc/A175631370/AONE?u=anon~69866508&sid=googleScholar&xid=66b69c0e>
- Chvez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *NURSING FORUM -NEW JERSEY THEN PHILADELPHIA-*, 50(2), 90-100.
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière : Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://www.deslibris.ca/ID/406352>
- Cohen, Y., & Dagenais, M. (1987). Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(2), 155-177. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/304549ar>
- Cook, M. J. (1999). Improving care requires leadership in nursing. *Nurse education today*, 19(4), 306-312.
- Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e édition.). Presses de l'Université du Québec.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>
- Curtis, E. A., de Vries, J., & Sheerin, F. K. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing*, 20(5), 306-309.

- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, A., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice A New Tool for Nurse Leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4>
- Daft, R. L., & Lengel, R. H. (2000). *Fusion leadership : unlocking the subtle forces that change people and organizations*. McGraw-Hill Ryerson.
- Dariel, O. (2017). Enseigner et cultiver le leadership infirmier. *Cahiers de la puéricultrice*, 54(310), 12-15.
- de Vries, J. M. A., & Curtis, E. A. (2019). Nursing leadership in Ireland: experiences and obstacles. *Leadership in Health Services*, 32(3), 348-363. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2017-0068>
- Déry, J. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière: une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 14, 51-55.
- Déry, J. (2019). Conséquences d'une étendue de pratique infirmière non optimale. *Perspective Infirmiere*, 16(1), 37-40.
- Déry, J., Clarke, S., D'Amour, D., & Blais, R. (2016). Education and Role Title as Predictors of Enacted (Actual) Scope of Practice in Generalist Nurses in a Pediatric Academic Health Sciences Center. *The Journal of nursing administration*, 46. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000341>
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., & Clarke, S. P. (2015a). Influences on and Outcomes of Enacted Scope of Nursing Practice. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000071>
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., & Clarke, S. P. (2015b). Influences on and Outcomes of Enacted Scope of Nursing Practice: A New Model. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000071>
- Déry, J., D'Amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective Infirmiere*, 14(1), 51-55.
- Dever, K. H., Roman, T. C., Smith, C. M., Bowllan, N. M., Dollinger, M. L., & Blaine, B. E. (2015). Comparing professional values and authentic leadership dimensions in baccalaureate nursing students: a longitudinal study. *The Journal of nursing education*, 54(6), 339-342. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150515-05>

- Dickson, G., & Tholl, B. (2011). LEADS in a caring environment capabilities framework : A “For Health, By Health” enabler for leadership capacity development and leadership talent management. *Canadian College Of Health Leader Leadership Network*.
- Disch, J. (2020). Nursing leadership in policy formation. *Nursing Forum*, 55(1), 4-10. <https://doi.org/10.1111/nuf.12375>
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Ducharme, F., & Salois, R. (2021). *Les États généraux de la profession infirmière : actions prioritaires*. <https://www.oiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Ducharme, M. P., Bernhardt, J. M., Padula, C. A., & Adams, J. M. (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *The Journal of nursing administration*, 47(7-8), 367-375. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000497>
- Durand, S., & Québec, O. d. i. r. e. i. d. (2012). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.deslibris.ca/ID/232419>
- Emami, A. (2019). Academic Leadership Roles and the Promotion of Research, Education, and Practices That Reframe Aging. *Journal of Gerontological Nursing*, 45(12), 28-32. <https://doi.org/10.3928/00989134-20191105-04>
- Fawcett, J. (2009). Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: construction of Conceptual-Theoretical-Empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9(3), 297-306.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e édition.). Chenelière éducation.
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of nursing management*, 17(3), 269-277. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00832.x>
- Ganz, F. D., Toren, O., & Fadlon, Y. (2016). Factors Associated With Full Implementation of Scope of Practice. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(3), 285-293. <https://doi.org/10.1111/jnu.12203>
- Germain, P. B., & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*

(John Wiley & Sons, Inc.), 18(4), 425-439. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01100.x>

Godin, M.-J. e. (2018). *Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership*.

Harvey, G., Kelly, J., Kitson, A., Thornton, K., & Owen, V. (2020). Leadership for evidence-based practice—Enforcing or enabling implementation? *Collegian*, 27(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.004>

Hatley, A., Ralyea, T., Buttriss, G. O., & Rankin, V. L. (2019). Clarifying Role Expectations and Practice Standards Using a Clinical Nurse Leader Professional Practice Model Illustration. *Journal of nursing care quality*, 34(3), 269-272. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000370>

Hebb, A. L. O. (2018). Nursing Leadership Strategies for Implementing Nursing Full Scope of Practice into Acute Care Team-Led Healthcare Settings. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 3(5). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2018.03.000953>

Loi sur les infirmières et les infirmiers, G. d. Québec, Chapitre I-8,

Julien-Gauthier, F., Héroux, J., Ruel, J., & Moreau, A. (2013). L'utilisation de « groupes de discussion » dans la recherche en déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 24, 75-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1021266ar>

Jutras, F., Godin, M.-J. e., & Pépin, 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*. Université de Sherbrooke. <http://hdl.handle.net/11143/14930>. WorldCat.org.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5th edition). SAGE.

Kül, S., & Sönmez, B. (2021). The effect of nurse managers' servant leadership on nurses' innovative behaviors and job performances. *Leadership & Organization Development Journal*, 42(8), 1168-1184. <https://doi.org/10.1108/LODJ-07-2020-0318>

Lankshear, S., Rush, J., Weeres, A., & Martin, D. (2016). Enhancing Role Clarity for the Practical Nurse: A Leadership Imperative. *The Journal of nursing administration*, 46(6), 300-307. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000349>

- Lecomte, J. (2004). *Savoirs, Hors série*(5), 59-90. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059>
- Long, P. W., & Spurgeon, P. C. (2012). Embedding leadership into regulatory, educational and professional standards. *International Journal of Clinical Leadership*, 17(4), 245-250.
<https://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104254572&login.asp&lang=fr&site=ehost-live>
- MacPhee, M., Skelton-Green, J., Bouthillette, F., & Suryaprakash, N. (2012). An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 68(1), 159-169.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05746.x>
- Maltais, S. (2009). *Le passé, le présent et l'avenir du leadership dans la profession infirmière : Past, present and future of nursing leadership*. Canadian Federation of Nurses Unions. <https://policycommons.net/artifacts/1237695/le-passe-le-present-et-lavenir-du-leadership-dans-la-profession-infirmiere/>
- Manojlovich, M. (2005). Promoting nurses' self-efficacy: a leadership strategy to improve practice. *The Journal of nursing administration*, 35(5), 271-278.
- Maranda, J., & Lessard, L. (2017). Prendre sa place: Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'Infirmière Clinicienne*, 14(1), 45-52.
<https://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=140104588&lang=fr&site=ehost-live>
- Margat, A., Leocadie, M.-C., Mabakutuvangilanga-Ntela, S.-D., & Rothan-Tondeur, M. (2023). Les grands enjeux actuels de la recherche infirmière. *Index de enfermeria*, 32(1).
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S., & Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(2), 105-113.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003>
- Mbalinda, S. N., Najjuma, J. N., Mubuuke, A. G., Kamoga, L., & Musoke, D. (2023). Understanding and barriers to formation Professional Identity among current and recent graduates of nurses and midwifery in two universities in a low resource setting: A qualitative study. *Res Sq.* <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3423723/v1>
- Michel, O., Garcia Manjon, A. J., Pasquier, J., & Ortoleva Bucher, C. (2021). How do nurses spend their time? A time and motion analysis of nursing activities in an

- internal medicine unit. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 77(11), 4459-4470. <https://doi.org/10.1111/jan.14935>
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Method Sourcebook (3rd ed.)*. (Vol. Thousand Oaks: Sage Publications.).
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabil Nurs*, 32(1), 9-14. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2007.tb00143.x>
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nurse Leadership* 21(1), 58-71. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2008.19691>
- Office des professions du Québec. (2002). *Loi 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec : profession : infirmière, le rendez-vous de 2001-2002*.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2020). La Loi 90, déterminante dans l'évolution de la profession infirmière. *Perspective Infirmiere*, 17(2), 46-47. <https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere/perspective-infirmiere-vol-17-no2-2020.pdf#page=46>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2021). *Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021 : Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec, un changement porteur d'avenir*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership.
- Pangop, D., Potvin, M., & Nazon, E. V. Y. (2020). Pour une meilleure appropriation du champ d'exercice de l'infirmière. *Perspective Infirmiere*, 17(5), 61-65.
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey.

- Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x>
- Ribau, C., Lasry, J.-C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J.-P. (2005). *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
- Ridde, V., Coulibaly, A., & Gautier, L. (2023). *Les études de cas*. Laboratoire interdisciplinaire des politiques publiques (LIEPP, Sciences Po). <https://hal.science/hal-04102951>
- Roy, C., D'Amour, D., & Déry, J. (2015). *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique*. <http://hdl.handle.net/1866/13141>
- Sarver, W. (2019). Leadership development through the patient care coordinator role. *Nursing Management*, 50(4), 50-53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000554343.55260.85>
- Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., & Karden, R. (2007). Development of a Leadership Competency Model. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(2). https://journals.lww.com/jonajournal/fulltext/2007/02000/development_of_a_leadership_competency_model.11.aspx
- Shirey, M. R. (2016). Leadership Transitions and the First 90 Days. *The Journal of nursing administration*, 46(4), 169-172. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000329>
- Smith, C. M., & Johnson, C. S. (2018). Preparing Nurse Leaders in Nursing Professional Development: Leadership Programs. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(3), 158-161. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000434>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications, Inc.
- Stanley, D. (2006). Clinical leadership. Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, 15(2).
- Swanwick, T., & McKimm, J. (2011). What is clinical leadership...and why is it important? *The clinical teacher*, 8(1), 22-26. <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2010.00423.x>
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'Infirmière clinicienne*, 5, 1-11.

The Canadian Nurses Association. (2015). Framework for the Practice of Registered Nurses in Canada.

Walker, F. A., Ball, M., Cleary, S., & Pisani, H. (2021). Transparent teamwork: The practice of supervision and delegation within the multi-tiered nursing team. *Nursing Inquiry*, 28(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nin.12413>

Wehrich, H., & Koontz, H. (2005). *Management: A Global Perspective*. McGraw-Hill. <https://books.google.ca/books?id=LlxXPgAACAAJ>

Wood, C. (2021). Leadership and management for nurses working at an advanced level. *British Journal of Nursing*, 30(5), 282-286. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.5.282>

Appendice A : Questionnaire sociodémographique et professionnel

Questionnaire sociodémographique

1. À quel groupe d'âge appartenez-vous :
 - 19 ans et moins
 - 20-29 ans
 - 30-39 ans
 - 40-49 ans
 - 50-59 ans
 - 60 ans et plus
 - Préfère ne pas répondre
2. À quel genre vous identifiez-vous?
 - Féminin
 - Masculin
 - Non-binaire
 - Préfère ne pas répondre
2. Quel est le dernier niveau de scolarité que vous avez complété :
 - Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers
 - Baccalauréat en sciences infirmières
 - Certificats universitaires
 - Maîtrise en sciences infirmières
 - Maîtrise autre que sciences infirmières
 - Préfère ne pas répondre
3. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'infirmière (approximatif)?
4. Combien d'années d'expérience avez-vous sur l'unité d'hospitalisation (approximatif)?
5. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel?
 - Temps plein
 - Temps partiel
6. Sur quels quarts de travail travaillez-vous actuellement ?
 - Jour
 - Soir
 - Nuit

Appendice B : Affiche de recrutement des personnes participantes

INFIRMIÈRES & INFIRMIERS RECHERCHÉ.E.S

Vous travaillez sur [REDACTED]

**NOUS VOULONS VOUS PARLER ET OBSERVER LE LEADERSHIP INFIRMIER DANS
LE CONTEXTE DE TRAVAIL ACTUEL.**

Quoi :

- Deux questionnaires (15 minutes)
- Une séance d'observation (1 h 30 min)
- Une entrevue individuelle (45 minutes)
- Un groupe de discussion (1 heure)

Comment :

- Questionnaires : Avant l'entrevue
- Une séance d'observation : Durant votre quart de travail
- Une entrevue individuelle : Sur l'heure de repas ou à votre choix
- Un groupe de discussion : Sur l'heure de repas ou à votre choix

Pour signifier votre intérêt ou pour obtenir des informations supplémentaires, contacter Nathalie Boulet-Fournier, Inf. B.Sc., étudiante à la Maîtrise et responsable du projet :

[REDACTED]

Je vous remercie à l'avance pour votre participation potentielle afin de m'aider à comprendre ce phénomène.

Appendice C : Grille d'observation des personnes participantes

Grille d'observation préliminaire

3	Collaboration	Oui	Partiel	Non	Commentaires
3.1	L'infirmière planifie des rencontres avec son équipe (infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) afin de mettre à jour l'information et ajuster la planification des soins et la coordination de l'épisode de soins				
3.2	L'infirmière implique chaque membre de l'équipe de soins				
3.3	L'infirmière reconnaît le travail et les aptitudes de chacun				
4	Évaluation	Oui	Partiel	Non	Commentaires
4.1	L'infirmière procède à l'évaluation de tous les usagers sous sa responsabilité				
4.2	L'infirmière procède à une réévaluation des usagers en milieu de quart de travail afin d'évaluer l'efficacité des plans de traitement effectués				
4.3	Suite à son évaluation ou réévaluation, l'infirmière ajuste les plans de traitements infirmiers pour les usagers concernés.				
5	Surveillance clinique	Oui	Partiel	Non	Commentaires
5.1	L'infirmière assure la surveillance clinique requise selon la condition des usagers à sa charge.				
5.2	L'infirmière informe l'équipe du rôle de chacun dans la surveillance tel qu'inscrit dans le PTI				

Grille d'observation préliminaire

5.3	L'infirmière fait les interventions et le suivi nécessaire suite à ses constats d'évaluation				
6	Enseignement à la clientèle	Oui	Partiel	Non	Commentaires
6.1	L'infirmière évalue les besoins des usagers pour planifier l'enseignement				
6.2	La planification de l'enseignement est structurée et claire				
6.3	L'infirmière établit un lien de confiance				
6.4	L'infirmière utilise des stratégies efficaces et adaptées, s'ajuste au besoin				
6.5	L'infirmière trouve des sources pertinentes et interpelle les professionnels concernés				
6.7	L'infirmière vérifie la compréhension des usagers				
7	Structure de travail, communication et aptitude	Oui	Partiel	Non	Commentaires
7.1	L'infirmière démontre une confiance en soi				
7.2	L'infirmière démontre de la confiance professionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Transmet ses connaissances à ses collègues 				

Grille d'observation préliminaire

	<ul style="list-style-type: none"> Fait des échanges avec ses collègues sur ses connaissances Assume ses décisions cliniques Base ses décisions sur les données probantes 				
7.3	Les membres de l'équipe démontrent de la confiance envers l'infirmière				
7.4	L'infirmière est à l'écoute de ce que les membres de l'équipe ont à exprimer				
7.5	L'infirmière est en mesure d'établir rapidement un lien de collaboration				
7.6	L'infirmière communique de façon claire, respectueuse et professionnelle				

Notes post-observation

Appendice D : Guide d'entrevue individuelle semi-dirigée

Guide d'entrevue individuelle

[REDACTED]

Mise en contexte :

Depuis plusieurs années, je m'intéresse au déploiement de la pratique infirmière et aux éléments qui peuvent l'influencer dans l'exercice au quotidien de l'infirmière. Au terme de ce projet de maîtrise, je voudrais être en mesure de mieux décrire comment le leadership infirmier se transpose dans la pratique des infirmières soignantes et l'impact qu'il peut avoir sur le plein déploiement de la pratique avec toutes les contraintes avec lesquelles elles doivent conjuguer, tant au niveau organisationnel que personnel.

Guide d'entrevue individuelle

Entrevue # _____
Menée par : _____
Date : _____ Lieu : _____
Participant : Infirmière _____
Durée de l'entrevue : _____ minutes Début : _____ Fin : _____

1.	Dans un premier temps, décrivez-moi votre parcours professionnel et académique ?	
2.	Pourriez-vous me décrire votre pratique clinique actuelle.	
3.	Pourriez-vous me décrire ce que vous considérez comme le champ de pratique de l'infirmière en soins hospitaliers.	
4.	Comment occupez-vous pleinement votre champ de pratique ?	
5.	Qu'est-ce qui favorise la pleine occupation de votre champ de pratique ? <i>Note : utilisation d'un exemple concret de la question 2 et 3.</i>	
6.	Qu'est-ce qui contraint la pleine occupation de votre champ de pratique ? <i>Note : utilisation d'un exemple concret de la question 2 et 3.</i>	

Guide d'entrevue individuelle

7.	Comment peut-on reconnaître le leadership clinique ?	
8.	<p>Comment exprimez-vous votre leadership ? Pouvez-vous donner un exemple d'une situation de soins où vous avez fait preuve de leadership ?</p> <p>Est-ce que cette situation répond à vos attentes et à votre vision ?</p> <p><i>Note : utilisation d'un exemple concret de la question 2 et 3.</i></p>	
9.	<p>Considérez-vous faire preuve de leadership dans votre pratique clinique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourriez-vous donner un exemple dans votre pratique clinique d'une situation où vous avez démontré du leadership infirmier ? <ul style="list-style-type: none"> • Patient • Équipe 	
10.	<p>Les écrits définissent différents types de leadership.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisateur • Rassembleur • Visionnaire • Bienveillant • Participatif • Coach • Chef de file • Horizontal • Autoritaire <p>Quel type de leadership favorisez-vous ?</p>	
11.	Avez-vous suivi une formation pour développer votre leadership infirmier ?	

Appendice E : Guide semi-dirigé pour le groupe de discussion focalisé

GUIDE SEMI-DIRIGÉ POUR LE GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉ



L'efficacité personnelle :

- Durant les entrevues, il a été nommé quelques fois que le leadership était attribué à des personnes qui ont beaucoup de confiance en soi et qui sont en contrôle. Selon vous est-ce que c'est un prérequis ? Outre ces deux aspects, quel attribut permet de développer du leadership et pourquoi ?

L'efficacité professionnelle et interprofessionnelle:

- J'ai constaté que les infirmières/infirmiers sont engagés et dévoués dans leur travail et prennent leur rôle à cœur. Selon vous, est-ce qu'il est important de bien connaître les rôles et responsabilités de chacun et pourquoi ? Qu'est-ce que cela peut apporter dans votre rôle d'infirmière de connaître le rôle de l'autre ?

Pratiques cliniques exemplaires : (Évaluation et planification des soins, enseignement à la clientèle, coordination, structure de travail et communication)

- Au début de votre quart de travail vous procédez à l'évaluation des usagers sous votre responsabilité. Durant le reste du quart, comment vous assurez la continuité de l'évaluation des besoins, établissez les priorités, définissez les plans d'action, coordonnez les réalisations et en évaluez les effets sur l'utilisateur ? Donnez-moi un exemple.
- Comment votre organisation du travail peut vous aider à faire votre rôle d'infirmière au maximum ou occuper pleinement son champ de pratique ? Racontez-moi un exemple d'une situation où le fait d'avoir été bien organisé vous a permis de faire l'ensemble de vos soins.
- Est-ce qu'il y a des opportunités dans votre travail où vous avez placé l'utilisateur comme un membre actif de son épisode de soins et de l'inclure dans son rétablissement ? Racontez-moi un exemple où l'utilisateur a participé à son épisode de soins et quoi?
- Durant les séances d'observation, le volet de l'enseignement n'a pas pu être observé.

GUIDE SEMI-DIRIGÉ POUR LE GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉ

- a. Est-ce que l'enseignement fait partie quotidiennement des activités de soins de l'utilisateur ?
- b. Quel type d'enseignement faites-vous aux usagers ?
- c. Quelle place a l'enseignement dans l'épisode de soins de l'utilisateur ?

La pensée systémique :

- Le leadership semble associé à l'expérience de travail ?
 - a. Qu'est-ce qui explique cela selon vous ?
- Le leadership de l'infirmière n'est pas toujours facilement perceptible au sein de la bulle de travail.
 - a. Est-ce qu'une infirmière sur le terrain est plus discrète dans les démonstrations de leadership infirmier qu'une ASI ou gestionnaire ?
- Pourquoi une infirmière terrain doit avoir du leadership clinique pour être une bonne infirmière ?
- Comment le système/organisation peut aider l'infirmière sur le terrain à prendre une plus grande place en tant que leader ?

Gestion des ressources humaines

- Pourquoi une ASI ou une inf. chef a plus le droit de démontrer du leadership clinique ?
- Racontez-moi une situation où vous avez pu transmettre vos connaissances/partagez votre expertise à un collègue
- Qu'est-ce qui vous motive à faire du mentorat, coaching ou guidance auprès d'infirmières en formation (nouvelle ressource, orientation,...)

Appendice F: Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :	La pleine occupation du champ de pratique : le rôle du leadership infirmier.
Chercheur responsable du projet de recherche :	<ul style="list-style-type: none">• Véronique Roberge inf., Ph. D., professeure et directrice du Module des sciences infirmières et des programmes IPSPL.• Marie-Ève Poitras, inf., Ph. D, professeure – chercheure Junior 1 FRQ-S, département de médecine de famille et médecine d'urgence, Chaire de recherche CRMUS sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, FMSS-Université de Sherbrooke, site Saguenay.
Étudiante :	Nathalie Boulet-Fournier, étudiante à la maîtrise en sciences infirmière, volet recherche.
Établissement participant :	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (CISSS CN)

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Le leadership infirmier est un des facteurs importants dans la pratique infirmière. Le leadership fait souvent référence à des postes de gestion, toutefois, à la lecture de différents auteurs, le leadership infirmier est un incontournable autant pour l'infirmière qui dispense des soins directs aux patients que pour une infirmière gestionnaire.

Ce projet permettra de décrire comment le leadership infirmier se transpose dans la pratique des infirmières soignantes et l'impact qu'il peut avoir sur le plein déploiement de la pratique. Nous voulons mieux comprendre comment les infirmières parviennent à exercer leur leadership dans leur pratique clinique avec toutes les contraintes avec lesquelles elles doivent conjuguer, tant au niveau organisationnel que personnel.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 5 participants, hommes et femmes, âgés de 18 ans et plus.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Nature de votre participation

Votre participation consistera à participer à une séance d'observation qui ne demande pas d'implication de votre part, outre celle, d'accepter que l'étudiante vous observe au travail sur une période d'environ 90 minutes en début de quart de jour, de soir ainsi qu'en fin de quart de nuit.

Également, vous devez répondre à deux questionnaires de 6 questions portant sur des informations sociodémographiques et de 26 questions portant sur l'étendue effective de la pratique infirmière. Le temps de complétion est d'environ 15 minutes.

Également, vous participerez à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 45 minutes ainsi qu'à une séance de discussion de groupe d'une durée approximative de 1 heure, et ce, afin de valider les données recueillies par l'étudiante. De plus, vous participerez à une séance d'observation qui sera faite par l'étudiante.

L'entrevue individuelle se fera sur l'heure du dîner ou un autre moment, à votre convenance. L'entrevue d'environ de 45 minutes peut se faire en présence, par téléphone ou par vidéoconférence.



La séance de discussion de groupe se fera par vidéoconférence en dehors des heures de travail. Une durée approximative de 1 heure est à considérer.

4. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Le seul inconvénient est le temps consacré à la participation à ce projet de recherche.

6. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements comprendront vos réponses aux questionnaires, vos propos et vos commentaires émis lors de la rencontre individuelle et de la rencontre de groupe et des observations faites lors de la séance d'observation. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, votre parcours professionnel et académique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'établissement ou du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 25 juillet 2022 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.
CCER 22-23 - 06 - Participant majeur - Version du 25 juillet 2022



Université du Québec
à Chicoutimi

rectifier au besoin.

8. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

Oui Non

9. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

10. En cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'UQAC de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec Nathalie Boulet-Fournier par téléphone au 418-960-4351 ou par courriel à l'adresse suivante nathalie.boulet-fournier1@uqac.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSSCN au (418) 962-9761, poste 452910.

12. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec madame Johane de Champlain, vice-présidente, au (514) 873.2114.



Université du Québec
à Chicoutimi

Consentement.

Titre du projet de recherche : La pleine occupation du champ de pratique : le rôle du leadership infirmier.

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Appendice G : Approbation éthique

Ce mémoire a fait l'objet d'une certification éthique auprès du Comité central de la recherche CCER et du CER-UQAC. Le numéro de certificat est le 22-23 06.