

Université de Montréal

**Coconstruction avec des étudiantes et des formatrices d'une intervention pédagogique  
pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier tôt dans la formation initiale**

par Laurence Ha

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée  
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*

en sciences infirmières

option formation

Septembre 2018

© Laurence Ha, 2018

## Résumé

Cette thèse, rédigée par articles, présente une étude qualitative qui visait à coconstruire, avec un groupe d'étudiantes et de formatrices, une intervention pédagogique et à en décrire les composantes qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes tôt dans la formation initiale. Cette intervention pédagogique s'adressait à des étudiantes en 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières.

L'approche privilégiée pour le développement de l'intervention était la coconstruction, terme inspiré de la perspective de la voix étudiante. La voix étudiante a comme postulat que les étudiantes ont une perspective unique sur l'enseignement et l'apprentissage et encourage le dialogue (Robinson et Taylor, 2007) et le partage de perspectives (Cook-Sather, 2014a) entre étudiantes et formatrices. Un examen de la portée sur la pratique de la voix étudiante dans la formation en sciences infirmières fait l'objet d'un manuscrit soumis en 2018.

Un modèle de recherche développement a été utilisé pour mener l'étude (Harvey, 2007; Harvey et Loiselle, 2009) dans une perspective constructiviste (Guba et Lincoln, 1989, 2005; Lincoln et Guba, 2013; Lincoln, Lynham et Guba, 2011). L'étude s'est déclinée en deux étapes séquentielles. Dans un premier temps, la coconstruction a eu lieu avec une équipe d'étudiantes de 2<sup>e</sup> année de baccalauréat (n=5), de formatrices (n=4) et l'étudiante-chercheuse. Une entrevue de groupe avec les membres de l'équipe a été menée un an après la fin de la coconstruction. La description de l'expérience des membres de l'équipe a été réalisée en procédant à l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2010) des données suivantes : les ordres du jour, les comptes-rendus, les enregistrements audios des rencontres de coconstruction, la transcription de l'entrevue de groupe, les notes auditives et manuscrites des animateurs de l'entrevue de groupe et le journal de bord de l'étudiante-chercheuse. La coconstruction a été une expérience positive pour les participantes grâce à la mise en œuvre d'une structure flexible. Cette structure a permis la gestion des dynamiques de pouvoir et l'atteinte d'un objectif tangible dans un climat de collaboration et de cohésion entre les membres. Cette étape est l'objet d'un article publié dans *Nurse Education Today* (2017).

Dans un deuxième temps, l'intervention pédagogique coconstruite a été mise à l'essai et évaluée qualitativement par des étudiantes et des tutrices pour en dégager les composantes contributives. L'intervention a été coconstruite en se basant sur le niveau attendu de leadership clinique infirmier à la fin de la 1<sup>re</sup> année du programme de formation : « l'étudiante devrait créer des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porter un regard sur sa pratique et reconnaître la présence de leadership dans le rôle de l'infirmière clinicienne » (Faculté des sciences infirmières, 2010). L'intervention était composée de deux activités : une activité en classe et une activité en stage. Ce sont 23 étudiantes et 4 tutrices qui ont partagé leurs perspectives sur l'activité en classe. Quatre étudiantes et deux préceptrices se sont prononcées sur l'activité en stage. La méthode de collecte de données privilégiée a été des entrevues, individuelles et de groupe, semi-dirigées. L'analyse thématique des données (Paillé et Mucchielli, 2010) a permis de décrire trois composantes de l'intervention qui ont soutenu l'apprentissage du leadership clinique infirmier : des exemples visuels auxquels l'étudiante pouvait s'identifier, l'observation de modèles de rôle et des discussions animées en petits groupes. Cette étape est l'objet d'un article publié dans *Nurse Education in Practice* (2018).

Les résultats de cette thèse rapportent la contribution de la coconstruction à la création d'interventions pédagogiques innovantes et ses retombées positives possibles pour les coconstructrices. De plus, les résultats de l'étude soulignent l'apport des exemples concrets du leadership clinique infirmier, de l'observation de modèles de rôle considérés comme des pairs et de la structuration des activités en petits groupes pour produire des discussions animées comme des composantes pouvant soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes en début de parcours de formation.

Cette étude offre certaines pistes pour guider d'autres projets de coconstruction en formation infirmière ainsi que des suggestions d'activités pédagogiques pour les formatrices cherchant à soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier chez leurs étudiantes.

**Mots-clés** : coconstruction, voix étudiante, leadership clinique infirmier, étude qualitative, étudiantes infirmières, apprentissage, intervention pédagogique

## Abstract

This manuscript-style thesis presents the results of a qualitative study which aimed to co-construct, with a group of students and educators, a pedagogical intervention and to describe the components that supported clinical nursing leadership learning early in initial education. The intervention was designed for first-year baccalaureate nursing students.

The chosen approach to design the intervention was co-construction, a term inspired by the student voice perspective. Student voice is based on the premise that students have a unique perspective on teaching and learning and encourages dialogue (Robinson and Taylor, 2007) and the sharing of perspectives (Cook-Sather, 2014a) between students and educators. A scoping review on student voice projects in nursing education was submitted for publication in 2018.

A research and development model was used to lead this study (Harvey, 2007; Harvey and Loiselle, 2009) from a constructivist perspective (Guba and Lincoln, 1989; 2005; Lincoln et al., 2013; Lincoln and Guba, 2011). The study was divided into two sequential steps. First, co-construction occurred with a team of second-year baccalaureate students (n=5), educators (n=4) and the student-researcher. A focus group with team members was led one year after the co-construction ended. The co-construction participants' experience was described by thematically analysing (Paillé and Mucchielli, 2010) the following data: meeting agendas, meeting minutes, audio recordings of co-construction meetings, transcription of the focus group, audio and written notes from the focus group facilitators and the student-researcher's field notes. Co-construction was a positive experience for participants due to a flexible structure. This structure helped manage power dynamics and the achievement of a tangible objective in a collaborative and cohesive climate. This step is presented in an article published in *Nursing Education Today* (2017).

Second, the pedagogical intervention was implemented and qualitatively evaluated by students and tutors to describe its contributive components. The intervention was co-constructed using the expected level of clinical nursing leadership students should attain at the end of the first year of the program: students should be able to establish a trusting relationship

with a person living with a health experience by demonstrating openness towards others' opinions, reflecting on their clinical practice, and recognize the presence of leadership in a nurse's role (Faculté des sciences infirmières, 2010). The intervention was composed of two activities: an in-class activity and a clinical practice activity. Twenty-three students and four tutors evaluated the in-class activity and four students and two preceptors evaluated the clinical practice activity. The evaluation was carried out using semi-structured individual and focus group interviews. Thematic data analysis (Paillé and Mucchielli, 2010) helped identify three components of the intervention that supported clinical nursing leadership learning: visual examples at the students' level, observation of role models, and animated discussions in small groups. This step is presented in an article published in *Nurse Education in Practice* (2018).

The results of this thesis underscore co-construction's potential for creating innovative pedagogical interventions and the possible positive outcomes for co-constructors. Furthermore, the study's results underline the contribution of concrete clinical nursing leadership examples, the observation of role models that are considered peers and the structuring of small-group activities to produce animated discussions as components that can support learning clinical nursing leadership by students that are beginning their education.

This study offers certain ideas to guide other co-construction projects in nursing education and suggestions of pedagogical activities for nurse educators looking to support their students' clinical nursing leadership learning.

**Keywords** : co-construction, student voice, clinical nursing leadership, qualitative study, nursing students, learning, pedagogical intervention

# Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des abréviations et acronymes.....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1 Origine de la recherche.....	4
1.1 Problématique/Idée de développement.....	5
1.2 But et questions de recherche.....	13
1.3 Intérêts de la recherche pour la discipline infirmière.....	13
Chapitre 2 Recension des écrits.....	15
2.1 Considérations théoriques et empiriques.....	15
2.1.1 Qu'est-ce que le leadership clinique infirmier?.....	15
2.1.2 Comment se développe le leadership (clinique infirmier) chez des étudiantes? ...	34
2.1.3 Quelles interventions pédagogiques pour le développement du leadership clinique infirmier d'étudiantes infirmières?.....	39
2.1.4 Utilisation de la perspective de la voix étudiante dans la formation infirmière ....	49
ARTICLE I: Transformational student voice work in nursing education: a scoping review of the literature.....	49
Discussion complémentaire sur les méthodes des publications retenues.....	69
2.2 Cadre de référence.....	70
2.2.1 Constructivisme.....	70
2.2.2 Perspective de la voix étudiante.....	73
Chapitre 3 Méthodologie.....	76
3.1 Devis de recherche.....	76
3.1.1 Modèle de recherche développement choisi.....	77

3.1.2	Modèle adapté de recherche développement en formation infirmière.....	79
3.2	Position épistémologique .....	83
3.3	Milieu de l'étude .....	84
3.4	Participant·es de recherche.....	86
3.4.1	Participant·es à la coconstruction.....	86
3.4.2	Participant·es à l'évaluation qualitative .....	89
3.5	Déroulement de l'étude .....	91
3.5.1	Coconstruction de l'intervention pédagogique .....	91
3.5.2	Mise à l'essai et évaluation qualitative de l'intervention pédagogique .....	92
3.6	Outils de collecte de données.....	95
3.6.1	Outils de collecte de données liées à la coconstruction .....	95
3.6.2	Outils de collecte de données liées à l'évaluation qualitative.....	96
3.7	Gestion et analyse des données .....	98
3.8	Considérations éthiques .....	99
3.9	Critères de scientificité.....	100
Chapitre 4	Résultats .....	104
4.1	Introduction à l'article II .....	104
	ARTICLE II: Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: A qualitative research and development study .....	105
4.2	Introduction à l'article III.....	118
4.2.1	Intervention pédagogique coconstruite .....	119
	ARTICLE III: Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation.....	122
4.3	Résultat additionnel : la confiance pour l'exercice du leadership clinique infirmier .	139
Chapitre 5	Discussion .....	144
5.1	Apport empirique .....	144
5.1.1	Expérience de coconstruction d'une intervention pédagogique pour les étudiantes et formatrices impliquées.....	145

5.1.2 Composantes d'une intervention pédagogique qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier d'étudiantes de 1 <sup>re</sup> année .....	149
5.2 Apport conceptuel .....	155
5.2.1 Apport de l'examen de la portée .....	155
5.2.2 Définition du leadership clinique infirmier.....	156
5.3 Apport méthodologique .....	158
5.3.1 Modèle adapté de recherche développement pour la formation infirmière .....	158
5.3.2 Pertinence de la position épistémologique.....	160
5.4 Forces et limites de l'étude .....	162
5.5 Implications de l'étude selon les champs d'activités de la discipline.....	164
5.5.1 Implications pour la formation en sciences infirmières et le politique .....	165
5.5.2 Implications pour la pratique clinique .....	168
5.5.3 Implications pour la gestion des services infirmiers.....	168
5.5.4 Implications pour la recherche.....	169
Conclusion .....	171
Références.....	172
Annexe A Preuve de soumission de l'article I à une revue scientifique .....	i
Annexe B Guide d'entretien de groupe : dernière rencontre de coconstruction .....	ii
Annexe C Questionnaire sociodémographique pour membres de l'équipe de coconstruction .....	iv
Annexe D Questionnaire sociodémographique pour étudiantes participantes à l'évaluation de l'activité.....	v
Annexe E Questionnaire sociodémographique pour membres du personnel enseignant participant à l'évaluation.....	vi
Annexe F Guides d'entrevue individuelle pour évaluatrices de l'intervention pédagogique .....	vii
Annexe G Guide d'entrevue de groupe pour étudiantes évaluatrices de l'intervention pédagogique .....	xv
Annexe H Exemple de schéma d'analyse thématique.....	xviii
Annexe I Certificat d'éthique et renouvellement éthique.....	xix
Annexe J Formulaire d'informations et de consentement.....	xxiii
Annexe K Matériel pédagogique de l'intervention coconstruite.....	l



## Liste des tableaux

Tableau 1 - Définitions du leadership clinique infirmier selon Cook (2001a), Stanley (2006c) et Pepin et al. (2011) .....	26
Tableau 2 - Niveau attendu de leadership clinique et composantes de l'intervention pédagogique .....	122

### Article I

Table 1 - Publication Eligibility Criteria .....	55
Table 2 - Overview of Student Roles and Student Voice Outcomes .....	60

### Article II

Table 1 - Description of data collection.....	110
---	-----

### Article III

Table 1 - Description of the intervention using GREET .....	127
Table 2 - Sociodemographic characteristics of students.....	131
Table 3 - Sociodemographic characteristics of educators.....	131

## Liste des figures

Figure 1. Démarche de recherche développement pour un logiciel-outil formatif..... 78

Figure 2. Modèle de recherche développement qualitative, adapté de Harvey (2007), pour la formation infirmière..... 82

### Article I

Figure 1. PRISMA flowchart of publication selection process ..... 56

## Liste des abréviations et acronymes

ACÉSI : Association canadienne des écoles de sciences infirmières

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

APA: American Psychological Association

CIFI : Centre d'innovation en formation infirmière

CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CLEI : Clinical Leadership Education Innovation

CNA : Canadian Nurses Association

CNL : Clinical nursing leadership

CPER : Comité plurifacultaire en éthique de la recherche

GREET : Guidelines for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching

FSI : Faculté des sciences infirmières

IOM : Institute of Medicine

LCI : Leadership clinique infirmier

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PEACE : Praxis, Empowerment, Awareness, Cooperation et Evolvement

R&D : Research and development

WHO : World Health Organization

*À la mémoire de Dorothy Bertha Baker,  
la preuve humaine que l'amour  
inconditionnel existe vraiment.*

## Remerciements

Je tiens d'abord à remercier un être cher qui a fait le passage de la vie à la mort durant mes études doctorales. Mon grand-père est décédé alors que j'entamais la dernière étape de mes études. J'ai eu la chance de passer les 12 derniers jours de sa vie avec lui à l'hôpital. Je suis quotidiennement inspirée par son courage et sa résilience. À ses funérailles, mon oncle a dit que la foi et la prière sont les deux choses qui ont animé la vie de mon grand-père. Je le remercie de nous avoir laissé cet héritage.

Je remercie toutes les personnes qui ont eu foi en moi et m'ont gardé dans leurs prières. Je remercie de tout cœur ma famille. D'abord, mes parents, Ha The Phiet et Duong Thi Minh Nguyet, qui ont immigré du Vietnam dans l'espoir d'un meilleur avenir. Je vous dois tout. À mes frères, Daniel et Stéphan, et ma belle-sœur, Giao, je les remercie pour leur soutien inconditionnel. À ma famille élargie, ma grand-mère, mes nombreux oncles, tantes, cousines et cousins, qui m'ont appris la force de l'unité. À Brunna, merci d'être apparue sur ma route. Merci de me faire évoluer comme être humain et de croire en moi.

Durant tout mon parcours doctoral, j'ai eu la chance d'être entourée par un groupe de personnes extraordinaires qui m'ont épaulée jusqu'à la fin. Tout d'abord, à ma directrice de thèse, Jacinthe Pepin, pour ses judicieux conseils, son accompagnement soutenu qui m'a portée et poussée jusqu'à la fin. Merci de m'avoir autant appris. À Louise Boyer, merci de m'avoir appris ce qu'est la collaboration authentique. Merci pour ta disponibilité et pour nos échanges sur tous les sujets possibles. Nos conversations m'ont tellement nourrie.

À mes amis et collègues étudiants, vous avez été nombreux à me visiter et cohabiter dans le « bunker », le 7100, merci pour vos encouragements et votre soutien. Merci de m'avoir inspiré. Je tiens à nommer ceux qui ont été là jusqu'à la fin. Merci Dimitri, Martin, Sophia, Sylvie, Jolianne et Émilie. À mes deux amies de longue date, Fannie et Geneviève, qui ont toujours su m'écouter et me faire rire. Merci de faire partie de ma vie et de partager les hauts et les bas avec moi.

Je tiens à reconnaître la contribution de la grande famille de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Merci aux membres du personnel enseignant et

administratif. Merci aux professeurs et tous ceux qui ont pris le temps et l'énergie pour faire évoluer ma réflexion. Merci à mes collègues du CIFI qui m'ont offert des encouragements par leur présence et leur disponibilité. Au personnel de la bibliothèque, Claude, Pierre et Assia, merci pour votre aide et votre accueil. Merci d'avoir facilité mes recherches documentaires.

Aux membres étudiantes de l'équipe de co-construction, merci pour votre énergie et votre créativité. Notre profession a besoin d'une relève engagée comme chacune d'entre vous. Merci d'avoir été là. Merci aux membres formatrices pour votre engagement et votre générosité intellectuelle. Sans vous toutes, je n'aurais jamais pu mener à bien ce projet. Merci pour votre présence, vos idées et votre désir d'améliorer les programmes de formation. À tous les acteurs bénévoles et participantes de cette recherche, merci pour votre contribution. Merci à Annie et Catherine qui ont donné du temps bénévole pour réaliser les vidéos.

À toutes les personnes qui ont facilité mon parcours et qui l'ont rendu si inoubliable, merci de m'avoir accompagnée sur cette route, parfois sinueuse et pleine de détours, merci pour vos encouragements.

Et finalement, à Madame Dorothy Bertha Baker, à qui je dédie cette thèse. Madame Baker a été ma gardienne pendant de nombreuses années, de ma naissance jusqu'à mon adolescence. Elle est décédée à la suite d'un diagnostic d'Alzheimer. Ce projet est le reflet des valeurs qu'elle m'a enseignées et qui m'animent profondément : l'entraide et l'amour de l'autre. Madame Baker, merci de me laisser vous porter dans mon cœur, votre générosité et votre résilience m'habitent.

## Introduction

Mon intérêt pour le leadership clinique infirmier s'est développé en 2011. À ce moment, j'étais agente de recherche pour une étude sur l'apprentissage du leadership clinique infirmier. À travers l'analyse des témoignages des participantes de recherche, j'ai constaté l'effet potentiellement positif de l'exercice de cette compétence sur les soins aux patients. Selon les participantes, c'est cette compétence qui permettait aux infirmières de se porter à la défense des droits de leurs patients (*advocacy*), d'accompagner une équipe de soins lors d'une situation de santé urgente, de chercher et partager des résultats probants, de rechercher des solutions novatrices pour soigner les patients et de remettre en question le statu quo.

Cette expérience m'a permis de nommer ce qui avait manqué à ma pratique clinique comme infirmière clinicienne en pédiatrie. Après mes journées de travail auprès de jeunes patientes et leurs familles, je me sentais souvent démunie et insatisfaite des soins que je leur avais donnés. Je me suis rappelée les occasions (trop nombreuses) où j'avais omis de faire valoir les besoins du patient durant des rencontres interdisciplinaires, où j'étais restée silencieuse au lieu d'interpeller un autre professionnel pour m'aider à intervenir auprès du patient, où je n'avais pas rapporté des situations d'intimidation dont j'étais témoin à mes supérieurs. Ces expériences plutôt négatives, marquées par mon leadership clinique infirmier peu développé, ont en commun l'absence d'utilisation de ma voix alors que des situations l'exigeaient.

Cette absence de voix, je l'ai associée à ma culture et à l'influence de cette culture sur mon éducation. Ma réflexion s'est poursuivie sur la formation qui avait précédé ma pratique clinique. Je me suis questionnée sur les occasions manquées de faire valoir ma voix lors de cours et sur les raisons qui expliquaient ma passivité. Ce n'est que plus tard, à l'aide d'expériences et du soutien de quelques personnes-clés que j'ai pu trouver ma voix. Je me suis alors engagée à trouver un moyen pour entendre la voix des étudiantes pour améliorer la formation des futures infirmières afin, ultimement, de contribuer à des soins de qualité.

Lors de la préparation de mon projet de thèse, j'ai été influencée et inspirée par les mouvements de mobilisation citoyenne (le printemps érable et *Black Lives Matter* tout particulièrement). À mon sens, ces mouvements avaient comme objectif de fournir une

plateforme pour que les citoyens puissent exprimer leur opinion (souvent leur mécontentement) publiquement dans l'optique d'influencer des décisions politiques. Ces citoyens avaient non seulement besoin de s'exprimer, ils avaient besoin de se faire entendre. Ma prise de conscience personnelle m'a amenée à contextualiser ces mouvements à la formation infirmière : est-ce que les milieux d'enseignement créaient des plateformes où les étudiantes avaient la possibilité de s'exprimer, se faire entendre et influencer les décisions pédagogiques?

Mon projet de recherche s'est ainsi décliné en deux volets interreliés: un premier portant sur la voix étudiante et un deuxième sur la formation des étudiantes au leadership clinique infirmier comme objet central. La perspective de la voix étudiante a été adoptée pour coconstruire une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier pour des étudiantes infirmières de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat. Ce projet de recherche a été opérationnalisé à l'aide du modèle de recherche développement de Harvey (2007) et de Harvey et Loisel (2009) provenant des sciences de l'éducation.

Le premier chapitre intitulé « Origine de la recherche » est divisé en trois sections selon le modèle de recherche développement : la problématique/l'idée de développement, le but et les questions de recherche et les intérêts de la recherche pour la discipline infirmière. Le deuxième chapitre s'attarde aux écrits qui ont cherché à définir le leadership clinique infirmier et ceux portant sur la formation au leadership clinique infirmier des étudiantes-infirmières. Il inclut également une section sur l'utilisation de la voix étudiante en formation infirmière rédigée sous la forme d'un manuscrit (article I) qui a été soumis pour publication. Le troisième chapitre présente le modèle de recherche développement de Harvey (2007) comme méthode de recherche, incluant l'approche utilisée pour la coconstruction et la description des composantes de l'intervention pédagogique soutenant l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Le quatrième chapitre est composé de trois sections selon les résultats du projet en réponse aux questions de recherche. Une description de l'expérience des coconstructrices (article II publié dans *Nurse Education Today* en 2017) précède les résultats en lien avec les composantes de l'intervention pédagogique (article III publié dans *Nurse Education in Practice* en 2018). À la fin de ce quatrième chapitre, un résultat additionnel



portant sur la confiance est présenté. Le dernier chapitre présente une discussion globale des résultats et des retombées de cette recherche doctorale.

Les trois articles de cette thèse ont tous été cosignés par la directrice de thèse. L'étudiante-chercheuse a été responsable de la rédaction des protocoles, la collecte et l'analyse des données, la rédaction et la soumission des articles. La directrice de thèse a soutenu ces activités et a relu toutes les versions des articles avant leur soumission. Afin d'éviter des répétitions, les références des articles ont été intégrées à la liste de références de la thèse.

# Chapitre 1 Origine de la recherche

Dans le domaine de la santé, des approches dites centrées sur le patient ont été développées par l'ensemble des professions dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins, l'état de santé des patients/familles/communautés, la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus, l'efficience et l'efficacité des systèmes de santé et la satisfaction au travail des professionnels (World Health Organization [WHO], 2016). Le *Montreal Model* (Pomey et al., 2015), le *Person-Centred Nursing Framework* (McCormack et McCance, 2010) et le *Person-Centred Practice Framework* (McCormack et McCance, 2016) représentent une telle offre où la perspective du patient est sollicitée et considérée lors de la prise de décision par l'équipe de soins. Cette considération peut assurer que les soins soient adaptés aux besoins du patient et de sa famille (WHO, 2016). Ces approches repensent la relation entre les professionnels de la santé et les patients en proposant une participation accrue de ces derniers à leurs propres soins (WHO, 2016). En sciences de l'éducation et en formation infirmière plus particulièrement, une approche similaire, dite centrée sur l'étudiante<sup>1</sup>, accorde un rôle plus actif à cette dernière au sein de sa propre formation (American Psychological Association [APA], 1997; Rolfe, 1993; Young et Maxwell, 2007). En recherche, l'utilisation de méthodes qui encouragent la recherche « avec » plutôt que « sur » les participantes (Gauvin-Lepage, Lefebvre et Malo, 2016; Savoie-Zajc et Descamps-Bednarz, 2007), telles la recherche collaborative (Desgagné, 1997; Desgagné, Bednarz, Lebus, Poirier et Couture, 2001) ou la recherche-action (Kemmis, McTaggart et Nixon, 2014), semble de plus en plus prônée. Ces approches émergentes ont en commun l'engagement des personnes (patient, étudiante, participante de recherche) qui, autrefois, occupaient un rôle plus passif.

Les retombées potentielles de l'engagement des personnes se situent à plusieurs niveaux. Une récente revue systématique sur l'engagement des patients relie leur contribution à des changements positifs au niveau de la culture organisationnelle et à une amélioration de la collaboration entre patients et professionnels (Bombard et al., 2018). Au niveau de la

---

<sup>1</sup> Dans cette thèse, le genre féminin est utilisé lorsqu'il est question d'étudiantes, d'infirmières, de formatrices et de participantes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte et pour faciliter la lecture.

formation, l'implication des étudiantes lors de la prise de décisions pédagogiques peut augmenter leur niveau de motivation (Cook-Sather, 2006; Seale, 2010) et faire évoluer positivement la relation entre étudiante et formatrice (Barrineau, Schnaas, Engström et Härlin, 2016; Mercer-Mapstone et al., 2017; Seale, Gibson, Haynes et Potter, 2015). L'engagement des personnes en recherche peut leur permettre de se développer professionnellement et de contribuer à des changements de pratiques (Savoie-Zajc et Descamps-Bednarz, 2007).

Cette recherche s'inscrit à l'intersection de ces constats dans le domaine de la formation infirmière. Ce domaine a d'ailleurs été l'objet de rapports internationaux soulignant la nécessité de réformer les programmes de formation des professionnels de la santé, dont les infirmières, dans l'optique de renforcer les systèmes de santé et améliorer les soins à la population (Frenk et al., 2010; Institute of Medicine [IOM], 2011; WHO, 2013).

Un collectif international de chercheurs a, en effet, souligné l'urgence de transformer la formation des professionnels de la santé (Frenk et al., 2010). Actuellement, la formation offerte aux nouveaux professionnels de la santé ne les préparerait pas à leur pratique qui se complexifie de plus en plus (Benner, Sutphen, Leonard et Day, 2010; Frenk et al., 2010; Kuipers, Ehrlich et Brownie, 2014). Dans leurs recommandations, ce collectif souligne, entre autres, la nécessité de former tous les professionnels de la santé au leadership (Frenk et al., 2010). Ce même propos est évoqué dans des rapports portant sur la formation des infirmières (Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACÉSI], 2015; Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009; Benner et al., 2010; IOM, 2011).

## **1.1 Problématique/Idée de développement**

L'importance de la formation au leadership des infirmières est expliquée dans le rapport américain de l'*Institute of Medicine* (2011). Selon les auteurs du rapport, la formation au leadership pourrait contribuer à remédier aux déficiences quant à la qualité des soins donnés aux patients. D'autres travaux ont depuis évalué l'impact du leadership infirmier sur les soins. Dans une revue systématique portant sur l'effet des styles de leadership sur les résultats aux patients, les résultats montrent que les infirmières gestionnaires pratiquant un style de leadership relationnel (plutôt que transactionnel) peuvent diminuer les effets indésirables liés aux traitements et augmenter la satisfaction des patients à l'égard des soins

reçus (Wong et Cummings, 2007; Wong et al., 2013). Le leadership relationnel réfère à une approche centrée sur les personnes et leurs besoins. Le leadership transactionnel réfère à une approche centrée sur les tâches. Pour leur part, Tregunno et al. (2009) de même que Thompson et al. (2011) ont trouvé que le leadership infirmier est un pilier pour la création et le maintien d'une culture et d'un climat de sécurité des patients dans les milieux de soins. De plus, le leadership infirmier serait une composante essentielle pour offrir des soins mieux intégrés et centrés sur le patient (IOM, 2011).

Les travaux de Cook (1999; 2001a; 2001b, 2001c; 2004), chercheur du Royaume-Uni, ont profondément marqué l'étude et la formation au leadership en sciences infirmières. Dans ses travaux, il introduit et explore le concept de leadership clinique infirmier. Avant les travaux de Cook, l'étude du leadership au sein de la discipline infirmière était limitée aux domaines de la gestion, de l'éducation ou de la recherche; le domaine clinique portant peu d'intérêt (Kitching, 1993). Les résultats de l'étude ethnographique d'Antrobus et Kitson (1999) soutiennent les propos de Kitching (1993). Ces auteurs remarquent que le leadership infirmier dans le domaine clinique, c'est-à-dire qui s'intéresse principalement à influencer le développement de la pratique clinique, est perçu, au sein même de la discipline, comme ayant un statut inférieur au leadership dans les domaines de la gestion, de l'éducation et de la politique. Les auteurs notent les conséquences découlant de ce statut, dont le peu d'investissement financier pour le développement professionnel de leaders cliniques, le peu de mesures incitatives visant la rétention des leaders au sein du domaine clinique et un manque de structure pour encadrer leur parcours professionnel. Malgré ce « statut inférieur », Cook (1999) introduit l'idée qu'il est impératif que les infirmières impliquées dans des soins directs se forment au leadership clinique puisqu'elles sont les professionnelles les mieux positionnées pour influencer et améliorer les soins aux patients.

Cook (2001c) définit le leader clinique infirmier comme « une infirmière impliquée dans les soins directs qui améliore continuellement les soins en exerçant son influence sur d'autres » [traduction libre] (p. 39). Plusieurs auteurs soutiennent l'idée de Cook en affirmant que le soin direct aux patients est ce qui caractérise le leadership clinique infirmier (Baernholdt et Cottingham, 2011; Cain, 2005; Casey, McNamara, Fealy et Geraghty, 2011; Chávez et Yoder, 2015; Davidson, Elliott et Daly, 2006; Edmonstone, 2009; Erickson et

Ditomassi, 2005; Fealy et al., 2011; Grindel, 2016; Hix, McKeon et Walters, 2009; Hyrkäs et Dende, 2008; Jones, 2006; Lacey et al., 2017; Patrick, Spence, Wong et Finegan, 2011; Trimmer, 2006). Dans leur réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes du Québec, Maranda et Lessard (2017) abordent le leadership clinique comme étant une des compétences essentielles pour la pratique professionnelle infirmière. L'exercice de cette compétence permet aux infirmières de contribuer à améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins (Leggat, Smyth, Balding et McAlpine, 2016). Pour Maranda et Lessard (2017), l'infirmière exprime du leadership clinique lorsqu'elle exerce une influence auprès de la Personne<sup>2</sup> et de l'équipe de soins (Patrick et al., 2011), considère la Personne comme un partenaire, partage avec elle les objectifs de soins et oriente ces objectifs vers l'amélioration de l'expérience de soins, la santé et le mieux-être de la Personne (Fealy et al., 2011). Le leadership clinique permet la pratique basée sur des résultats probants (Millward et Bryan, 2005) et soutient la créativité et l'innovation (Stanley, 2012). Les retombées positives associées au leadership clinique ont provoqué la multiplication des programmes éducatifs formant à cette compétence.

Au niveau international, plusieurs programmes de formation existent pour soutenir le développement du leadership clinique. Aux États-Unis, l'urgence de former des leaders cliniques infirmiers a mené à la création d'un programme de formation de 2<sup>e</sup> cycle donnant accès au titre réservé de *Clinical Nurse Leader* (Adeniran, Bhattacharya et Adeniran, 2012; Baernholdt et Cottingham, 2011; Tornabeni, 2006). La *Clinical Nurse Leader* est une infirmière généraliste dont le champ d'action se situe à la fois aux niveaux micro et macro. Au niveau micro, la *Clinical Nurse Leader* donne des soins directs à une clientèle présentant des besoins complexes. Au niveau macro, elle est responsable de l'analyse et de l'amélioration des résultats de soins ainsi que de l'implantation d'une pratique basée sur les résultats probants (American Association of Colleges of Nursing, 2013). En Irlande, une approche nationale de développement de leaders cliniques infirmiers et sages-femmes a été mise sur pied (Casey et al., 2011; Fealy et al., 2011; Health Service Executive, 2010). Au Royaume-Uni, le *National*

---

<sup>2</sup> Le terme Personne, avec un P majuscule, représente l'individu, la famille, les proches, la communauté ou la population. Ce terme est utilisé pour alléger le texte et est inspiré de la définition de Personne du modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM (Cara et al., 2016; Cara et al., 2015).

*Health Service* a créé un cadre de référence national sur le leadership clinique pour faciliter l'implantation de cette compétence dans les programmes de formation initiale (Long et al., 2011) et continue (National Health Service Leadership Academy, 2011). En Australie, le *Clinical Leadership in Quality and Safety Course* a été développée pour les professionnels de la santé souhaitant se former à la compétence (Leggat et al., 2016). Depuis 1996, le Conseil international des infirmières offre le programme *Leadership for Change* pour renforcer les habiletés de leadership des infirmières. Ce programme est offert dans plus d'une soixantaine de pays (Ferguson et al., 2016).

Les résultats d'une métasynthèse de Galuska (2014) portant sur les formations continues au leadership (incluant le leadership clinique) révèlent l'impact positif de ces formations sur le développement du leadership des infirmières. L'efficacité des formations était assurée par des contenus basés sur des résultats probants, adaptés au niveau de développement des infirmières et jugés pertinents pour la pratique infirmière. Or, ces différentes initiatives de formation s'inscrivent au niveau de la formation continue, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à des infirmières qui ont débuté leur pratique. Selon le *Canadian Nurses Association* (2009), le développement d'une masse critique d'infirmières en mesure d'exercer leur leadership ne pourra se réaliser sans une offre de formation aux étudiantes en sciences infirmières.

L'organisme d'agrément des écoles canadiennes de sciences infirmières est d'avis que le leadership est une compétence fondamentale à développer chez les étudiantes au cours de leurs études de premier cycle (ACÉSI, 2015). Pour cette raison, plusieurs programmes en sciences infirmières forment leurs étudiantes au leadership en proposant une diversité d'activités pédagogiques (AIIC, 2005) dont des stages (Démeh et Rosengren, 2015; Gore, Looney Johnson et Chih-Hsuan, 2015; Lekan, Corazzini, Gilliss et Bailey, 2011; Schoenfelder et Valde, 2009; Sherman et Prestia, 2018), des simulations (Gore et al., 2015; Lekan et al., 2011; Lewis, Strachan et Smith, 2012), des cours magistraux (Foli, Braswell, Kirkpatrick et Lim, 2014; Lekan et al., 2011), du service communautaire (Anderson, 2016; Foli et al., 2014), des projets (Anderson, 2016), des blogues (Reed et Edmunds, 2015) et des études de cas virtuels (Ross et Crusoe, 2014). Toutefois, peu de ces activités portent spécifiquement sur le leadership clinique infirmier et traitent plutôt du leadership dans le domaine de la gestion.

Pour Cook et Leathard (2004), l'acquisition d'habiletés de gestion ne soutient pas le développement de leaders cliniques; les soins directs étant ce qui permet de distinguer le leadership clinique du leadership des autres domaines (gestion, éducation et recherche).

Les statistiques québécoises 2016-2017 indiquent que la presque totalité des infirmières (99,2%) qui terminent leur formation collégiale ou universitaire débute leur carrière dans le domaine clinique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2017). En conséquence, nombreux sont les auteurs qui croient à la pertinence d'intégrer la thématique du leadership clinique infirmier aux programmes de formation initiale en sciences infirmières (Brown, Crookes et Dewing, 2016; Cook, 2001c; Cook et Leathard, 2004; Démeh et Rosengren, 2015; Halstead, 2013; IOM, 2011; Lekan et al., 2011; Pepin, Dubois, Girard, Tardif et Ha, 2011). Une formation au leadership clinique obligatoire pour toutes les infirmières les préparerait à l'exercice de cette compétence (Cook et Leathard, 2004).

Toutefois, le corpus de connaissances sur les meilleures pratiques de formation au leadership clinique des étudiantes infirmières est peu développé. En 2015, Brown et son équipe ont rapporté n'avoir recensé que quatre écrits publiés entre 1990 et 2013 portant sur le leadership clinique infirmier et les programmes de formation initiale en sciences infirmières. Deux des écrits rapportés par Brown et al. (2015) étaient des études dont une seule portait sur l'évaluation d'une intervention pédagogique visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes (Lekan et al., 2011). L'autre étude portait sur le processus de développement de la compétence (Pepin et al., 2011), mais n'offrait pas de recommandations sur les interventions pédagogiques à privilégier pour soutenir le développement. Les deux autres écrits trouvés par Brown et al. (2015) était une liste théorique des habiletés requises pour démontrer du leadership clinique infirmier (Pullen, 2003) et un éditorial qui recommandait aux formatrices d'inculquer une mentalité de leader à leurs étudiantes (Sherman et Bishop, 2007). À la lumière de leur recension des écrits, Brown et al. (2015) concluent qu'il n'existe pas de consensus sur les meilleures pratiques pour former les étudiantes de 1<sup>er</sup> cycle au leadership clinique infirmier.

En raison de l'importance de la formation au leadership clinique infirmier pour la qualité des soins aux patients et du manque de résultats probants sur le sujet, il est impératif de développer des interventions pédagogiques pour l'apprentissage du leadership clinique

infirmier, et cela, tôt dans la formation initiale. En effet, les résultats de la première itération de l'étude internationale *Multi-Institutional Study of Leadership* révèlent la contribution de courtes interventions pédagogiques au développement du leadership d'étudiantes de niveau universitaire (Dugan et al., 2011). À la lumière de l'analyse de plus de 50 000 questionnaires complétés par des étudiantes, ces chercheurs recommandent l'intégration d'interventions pédagogiques dès la première année des programmes d'enseignement supérieur, afin de catalyser le développement du leadership chez les étudiants (Dugan, 2011; Dugan et Komives, 2007). En sciences infirmières, des propos similaires sont rapportés par Hendricks, Cope et Harris (2010), Curtis, De Vries et Sheerin (2011) et Halstead (2013) qui appuient le besoin d'intégrer des interventions pédagogiques sur le leadership plus tôt dans les programmes. Une analyse de l'offre de formation au leadership, réalisée par l'AIIC (2005), révèle que plusieurs cours sur le leadership ou la gestion ne sont offerts qu'en troisième ou quatrième année des programmes de 1<sup>er</sup> cycle en sciences infirmières, une tendance aussi observée dans les programmes au Royaume-Uni et en Irlande (Curtis et al., 2011). Cette tendance laisse aux étudiantes peu de temps avant la fin de leurs études pour mettre en pratique et intégrer leurs apprentissages sur le leadership (Hendricks et al., 2010). Or, pour certains auteurs, le leadership clinique (tout comme le leadership) se développe avec le temps (Brown, Dewing et Crookes, 2016b; National Health Service Leadership Academy, 2011; Pepin et al., 2011) et avec le soutien d'interventions pédagogiques (Dugan et al., 2011; Dugan et Komives, 2007; Morrow, 2015) réparties dans les programmes (Brown, Dewing et Crookes, 2016a; Halstead, 2013). En raison de la tendance des programmes en sciences infirmières à intégrer des cours sur le leadership en milieu ou fin de parcours, nous avons souhaité compléter l'offre de formation en coconstruisant et en appréciant la contribution d'une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier pour des étudiantes de première année d'un programme de formation initiale.

Dans le cadre du développement et de l'évaluation d'une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier, il est essentiel de définir le leadership clinique infirmier au-delà du fait que l'infirmière qui l'exerce soit une infirmière impliquée dans les soins directs. Des auteurs ont noté qu'aucune définition du leadership clinique infirmier ne fait consensus (Daly, Jackson, Mannix, Davidson et Hutchinson, 2014) et que cela limite le développement



d'un corpus de connaissances cohérent pouvant guider la recherche, la pratique clinique et la formation (Chávez et Yoder, 2015). Une analyse du concept de leadership clinique des infirmières soignantes (*staff nurse clinical leadership*) par Chávez et Yoder (2015) a toutefois mis en évidence des similarités entre les définitions retrouvées dans les écrits. Selon les auteurs, le leadership clinique infirmier implique « une influence intentionnelle exercée par une personne sur autrui dans l'optique de guider, structurer et faciliter la réalisation d'activités et l'établissement de relations » [traduction libre] (p. 98). Pour Chávez et Yoder (2015), une des caractéristiques qui démarquent le leadership d'une infirmière soignante de celui d'une infirmière gestionnaire est l'absence de pouvoir formel chez l'infirmière soignante. Ainsi, celle-ci doit être reconnue comme leader informel par ses collègues en démontrant des habiletés cliniques, une communication efficace et la capacité à coordonner les soins.

Dans la présente recherche, la définition de leadership clinique retenue en début d'étude (définition de départ) était : contribution d'une infirmière ou d'une étudiante infirmière donnant des soins directs aux patients à la mobilisation d'un groupe de personnes; cette mobilisation a pour but d'améliorer des soins qui visent le bien-être de la Personne, tel que défini par celle-ci. Cette définition était issue d'une analyse du concept de leadership clinique infirmier (non publiée) réalisée en 2011 par l'étudiante-chercheuse et l'intégration d'une perspective disciplinaire à la définition (McNamara et Fealy, 2010). Au moment de rédiger cette définition, nous étions également fortement inspirée par les travaux théoriques de Chinn (2004) sur *Peace Power*, le centre d'intérêt de la discipline infirmière décrit par Newman, Smith, Pharris et Jones (2008), la thèse doctorale de Crevani (2011) et les écrits de Raelin (2005, 2011) issus des sciences de la gestion. Ces différents travaux théoriques et empiriques ont en commun la centralité des relations. Ceux abordant le leadership le conçoivent comme étant une responsabilité partagée par des membres d'un groupe. Le leadership serait produit par les différentes interactions entre les personnes et ne serait pas la responsabilité de la personne désignée leader.

Cette définition du leadership clinique infirmier et ses valeurs sous-jacentes ont fortement influencé notre choix de méthode de développement d'intervention pédagogique. La perspective privilégiée pour développer l'intervention a été celle de la voix étudiante issue des sciences de l'éducation. En effet, la perspective de la voix étudiante questionne le rôle de la

formatrice comme étant l'unique responsable de la conception et la planification des interventions pédagogiques (Cook-Sather, 2014a). Prenant appui sur le postulat que les étudiantes ont une perspective unique sur l'enseignement et l'apprentissage, la voix étudiante appelle à mobilisation de cette voix dans l'optique de transformer les pratiques éducatives (Seale, 2010). La voix étudiante encourage le dialogue (Robinson et Taylor, 2007), le partage de perspectives (Cook-Sather, 2014a) et l'établissement d'une relation collégiale entre étudiantes et formatrices (Fielding, 2001). Guidée par ce cadre de référence, nous avons opté pour la formation d'une équipe de coconstruction, composée d'étudiantes et de formatrices en sciences infirmières, qui serait responsable de développer une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier pour des étudiantes de 1<sup>re</sup> année.

La présente recherche vise à ajouter au corpus de connaissances sur la formation au leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières tôt dans la formation initiale et sur la perspective de la voix étudiante en sciences infirmières. Plus précisément, nous avons cherché à décrire l'expérience de formatrices et d'étudiantes qui ont coconstruit l'intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier. Cette intervention a fait l'objet d'une démarche d'évaluation qualitative qui a permis d'identifier les composantes de l'intervention qui, selon les participantes, ont soutenu l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes infirmières. Cette étude s'appuie sur le paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1989, 2005; Lincoln et Guba, 2013; Lincoln et al., 2011) et la perspective de la voix étudiante (Bovill, 2013, 2014; Bovill, Cook-Sather et Felten, 2011; Cook-Sather, 2006, 2009, 2014a; Cook-Sather, Bovill et Felten, 2014). L'approche privilégiée pour le développement de l'intervention est la coconstruction, un terme inspiré des travaux de Bovill (2013) sur la co-création. Cette chercheuse utilise le terme co-création pour décrire «une approche collaborative [entre étudiantes et formatrices] de design et de création d'expériences d'apprentissage et d'enseignement» [traduction libre] (p. 462-463). En sciences infirmières, l'utilisation du terme «coconstruction» est cohérente avec la définition de co-création proposée par Bovill (2013). En effet, le terme coconstruction a été utilisé pour représenter une approche collaborative entre une chercheuse et des formatrices qui a mené au développement d'un modèle cognitif de l'apprentissage (Boyer, 2013) ou celle ayant lieu entre des familles et des professionnels de la santé pour le développement d'une intervention soutenant la résilience

familiale (Gauvin-Lepage, Lefebvre et Malo, 2015). Nous avons donc opté pour l'utilisation du terme coconstruction qui représente aussi le paradigme constructiviste qui a guidé cette étude.

## **1.2 But et questions de recherche**

Le but de la recherche doctorale était de coconstruire, avec un groupe d'étudiantes et de formatrices, une intervention pédagogique<sup>3</sup> et à en décrire les composantes qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes tôt dans la formation initiale.

Deux questions de recherche découlent de ce but :

1) Quelle est l'expérience pour des étudiantes et des formatrices en sciences infirmières impliquées dans le processus de coconstruction d'une intervention pédagogique visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier?

2) Quelles sont les composantes d'une intervention pédagogique coconstruite qui contribuent, selon des étudiantes et des formatrices, à l'apprentissage du leadership clinique infirmier chez des étudiantes en 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières?

## **1.3 Intérêts de la recherche pour la discipline infirmière**

Il est souhaité que les savoirs développés dans le cadre de cette étude doctorale en sciences infirmières s'ajoutent aux connaissances existantes quant à la coconstruction d'une intervention pédagogique visant la formation au leadership clinique d'étudiantes infirmières et quant aux composantes de l'intervention qui y contribuent. Nous souhaitons que cette recherche soit utile au domaine de la formation infirmière et qu'elle ait des répercussions dans la pratique clinique pour une meilleure santé et sécurité des personnes.

Jusqu'à présent, peu d'études ont fait part d'expériences de participation d'étudiantes lors de la création ou de la modification d'activités pédagogiques, de cours ou de programmes

---

<sup>3</sup> Le terme « intervention pédagogique » au singulier peut faire référence à une ou des activités pédagogiques telles des ateliers, séminaires, simulations, séances d'approche par problèmes, discussion de groupe, etc. Il est utilisé afin d'alléger le texte.

en sciences infirmières. Une analyse plus approfondie de l'expérience de coconstruction pourrait permettre de dégager certaines pistes pour guider des initiatives similaires. De plus, ces pistes émergeront des étudiantes et des formatrices en sciences infirmières qui ont fait l'expérience d'une coconstruction; ce qui est tout à fait aligné à la perspective infirmière. En effet, les connaissances développées sur les perspectives des patients partenaires tardent à être transposées dans le domaine de la formation en sciences infirmières malgré que des auteurs (Young et Maxwell, 2007) ont souligné des similarités entre les soins centrés sur le patient et la formation centrée sur l'étudiante. Ceci constitue un point d'intérêt de cette recherche pour la discipline infirmière.

La réponse à la deuxième question de recherche permettra de décrire les composantes d'une intervention pédagogique qui contribuent à l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Ces savoirs sont indispensables à la construction de futures activités pédagogiques visant le développement de cette compétence chez des étudiantes infirmières.

Pour le domaine de la recherche, à notre connaissance, le modèle de recherche développement élaboré par Harvey (2007) qui sert de méthode pour cette recherche n'a été que peu utilisé en sciences infirmières. Son utilisation dans ce projet en formation infirmière pourrait mener à son adaptation pour la recherche dans ce contexte particulier.

## **Chapitre 2 Recension des écrits**

Ce chapitre est divisé en deux grandes sections suivant le modèle de recherche développement (Harvey, 2007; Harvey et Loisel, 2009) qui a guidé cette thèse. La première porte sur les considérations théoriques et empiriques de la thèse. La deuxième section de ce chapitre présente le cadre de référence.

### **2.1 Considérations théoriques et empiriques**

Cette première section de la recension des écrits est divisée en deux sous-sections. La première sous-section explore trois grandes questions en lien avec le leadership clinique infirmier: Qu'est-ce que le leadership clinique infirmier? Comment les étudiantes développent-elles le leadership clinique infirmier? Quelles interventions pédagogiques soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier? Puis, une deuxième sous-section rapporte les travaux sur la perspective de la voix étudiante sous la forme d'un manuscrit (article I) et répond à la question : comment se pratique la voix étudiante dans les programmes de formation infirmière?

#### **2.1.1 Qu'est-ce que le leadership clinique infirmier?**

Le leadership clinique infirmier est un concept dont les origines sont liées au concept général du leadership. Selon Klenke (1996), il existe plusieurs définitions du terme leadership et celles-ci sont souvent ambiguës et contradictoires. Le leadership peut être défini comme un trait, une habileté, un comportement, une relation ou un processus (Northouse, 2015). En général, Northouse (2007) note que les multiples définitions du leadership ont certains éléments communs, dont la notion d'influence, la notion de processus, la présence d'un groupe et l'atteinte d'un but. Au niveau du leadership clinique infirmier, Daly et al. (2014) ont aussi noté que le concept est polysémique. Dans cette première section, nous retraçons les origines du concept de leadership clinique infirmier pour ensuite proposer une définition de travail inspirée du centre d'intérêt de la discipline infirmière.

Le concept du leadership clinique infirmier est relativement nouveau en sciences infirmières (Maranda et Lessard, 2017; Stanley et Stanley, 2018). En introduction à un numéro

du périodique *Journal of Nursing Management* entièrement dédié à la thématique du leadership clinique, Hyrkäs et Dende (2008) relatent que peu d'études empiriques ont été menées sur le leadership clinique infirmier dû à l'absence d'une définition consensuelle du concept. Selon Cook (2001c), aucun article sur la thématique du leadership clinique infirmier n'a été publié entre 1992 et 1997. C'est à compter de 2001, suite à une série d'articles par cet auteur, que le concept est devenu plus visible dans les écrits en sciences infirmières.

Au début des années 2000, Cook (2001a; 2001b, 2001c) publie trois articles centraux sur le leadership clinique infirmier. Certains auteurs (Chávez et Yoder, 2015; Mannix, Wilkes et Daly, 2013; Stanley et Stanley, 2018) attribuent le début des travaux empiriques sur le leadership clinique infirmier à Cook. Cook (2001b) adopte la prémisse centrale que ce sont les infirmières qui donnent des soins directs aux patients qui sont les mieux placées pour influencer les soins. Il définit le leadership clinique infirmier ainsi : « une infirmière impliquée dans les soins directs qui améliore continuellement les soins en exerçant son influence sur d'autres » [traduction libre] (Cook, 2001c, p. 39). L'auteur définit le leadership clinique comme une attitude qui guide le comportement (Cook, 2001c).

L'étude centrale de Cook (2001a) se déroule au Royaume-Uni durant la réforme du système de santé britannique. Cette étude qualitative visait à définir le leadership clinique infirmier en décrivant les attributs d'infirmières leaders cliniques. En premier lieu, ce chercheur a demandé à des infirmières et des étudiantes infirmières d'identifier des infirmières leaders cliniques travaillant dans divers milieux de soins. Quatre des douze infirmières identifiées ont accepté de participer à l'étude (n=4). En deuxième lieu, Cook (2001a) a conduit des entrevues et a réalisé des séances d'observation en milieux de soins qui a mené au développement d'un cadre théorique du leadership clinique. Ce cadre a ensuite été validé par des infirmières, des ergothérapeutes et des techniciens en radiologie lors d'un entretien de groupe (le nombre de participants à ce(s) groupe(s) est inconnu). Cook en vient à dégager cinq attributs du leader clinique.

Cook (2001a) nommera le premier attribut « *highlighting* » : l'infirmière leader clinique comprend le contexte de soins; elle est curieuse et veut trouver de nouvelles façons de travailler pour améliorer les soins en remettant en question le statu quo. Le deuxième attribut « *respecting* » fait référence à un cercle vertueux au sein duquel l'infirmière leader clinique se

sent valorisée et, en retour, valorise autrui. L'infirmière leader clinique est empathique. Elle a une connaissance approfondie de l'organisation de soins. Le troisième attribut « *influencing* » réfère à la capacité d'influence positive du leader et sa facilité à travailler de manière collaborative. Le quatrième attribut « *creativity* » réfère à la créativité du leader et sa capacité à faire émerger la créativité de ses collègues. L'infirmière leader clinique possède une vision et ne déroge pas du plan désigné malgré des circonstances difficiles. L'infirmière leader clinique partage des informations pour aider à la prise de décision. Le cinquième attribut « *supporting* » réfère au soutien offert par l'infirmière leader clinique à ses collègues durant des périodes de changement; elle crée un environnement de travail harmonieux et fait preuve de flexibilité pour s'adapter à différentes situations.

Dans ses résultats, Cook (2001a) décrit aussi les facteurs facilitants et contraignants l'exercice du leadership clinique infirmier. Plusieurs facteurs contraignants sont en lien avec le milieu de soins et le manque de soutien organisationnel. Selon Cook (2001a), les infirmières doivent être encouragées à contester le statu quo et à prendre des risques en dépit des résistances qu'elles peuvent rencontrer au sein de leur organisation. Cook termine en mentionnant l'importance d'offrir une formation au leadership dans les programmes d'études, soulignant que cela constitue une solution à long terme pour développer le leadership des infirmières.

Il faut noter que certaines précisions méthodologiques sont manquantes dans l'article de Cook (2001a), dont les caractéristiques des participantes, le nombre d'entrevues réalisées et le nombre de séances d'observation ce qui ne permet pas d'apprécier la rigueur de l'étude. Par contre, cette étude semble avoir catalysé l'intérêt pour le leadership clinique infirmier. De 2004 à 2018, Stanley publie plus d'une dizaine d'écrits qui avaient pour but d'explorer et de clarifier le concept de leadership clinique infirmier.

Les premières études de Stanley (2004; 2006a; 2006b, 2006c) se sont déroulées dans le même contexte que Cook, c'est-à-dire durant la réforme du système de santé britannique. Pour Stanley (2004), les travaux menés sur le leadership clinique infirmier, dont ceux de Cook (2001a), n'avaient pas réussi à fournir de réponses claires quant à l'identité des infirmières leaders cliniques. Il était d'avis que les travaux menés demeuraient trop centrés sur les questionnaires et qu'il fallait développer un corpus de connaissances sur le leadership clinique

qui ne serait pas influencé par le domaine de la gestion (Stanley, 2006b). L'étude doctorale de Stanley, publiée sous la forme de trois articles (2006a; 2006b, 2006c), a mené à la proposition d'une théorie sur le leadership clinique infirmier intitulée « leadership congruent ». L'infirmière leader clinique est défini comme une « clinicienne, experte dans une spécialité clinique qui, grâce au fait d'être accessible, une excellente communicatrice et d'être *empowered*, agit comme modèle de rôle et motive les autres en pratiquant le soin de façon congruente avec ses valeurs » [traduction libre] (Stanley, 2006c, p. 111). Cette congruence entre les valeurs de l'infirmière et sa façon de pratiquer le soin a inspiré le titre de la proposition théorique. Selon cette théorie, la mise en action des valeurs de l'infirmière à travers le soin l'amène à être reconnue en tant que leader clinique par ses pairs.

Utilisant un devis de théorisation ancrée dans la tradition de Glaser et Strauss, Stanley a conduit son étude en trois étapes. La première étape consistait à amasser des données quantitatives et qualitatives à l'aide d'un questionnaire distribué à 830 infirmières; 188 questionnaires ont été retournés (taux de réponse : 23%). Dans ce questionnaire, les participantes étaient invitées à identifier les qualités et caractéristiques de leaders cliniques et à nommer les personnes qu'elles considéraient être des leaders cliniques. Notons ici que des informations portant sur la démarche menant à la construction et la validation du questionnaire ne sont pas mentionnées dans les articles. Ces données sont considérées comme essentielles pour le développement d'instruments valides et fiables (Rattray et Jones, 2007).

Après l'analyse des données issues des questionnaires, Stanley a réalisé des entrevues individuelles auprès d'infirmières (n=42) pour connaître leurs perceptions du leadership clinique. Ces infirmières ont aussi été invitées à identifier des leaders cliniques dans leur milieu de soins. Stanley a ensuite interviewé les leaders cliniques qui avaient été identifiés par le plus de participantes. Huit entrevues (n=8) ont été menées auprès de ces personnes pour connaître leur expérience d'être des leaders cliniques.

Au terme de ce processus, Stanley (2006a) en vient à proposer sa théorie du leadership clinique infirmier congruent et à décrire les attributs d'une leader clinique, tout comme Cook (2001a) l'avait fait. Selon Stanley (2006a), le leader clinique doit : 1) avoir des connaissances cliniques spécialisées; 2) être compétente; 3) être une bonne communicatrice; 4) être capable de prendre des décisions; 5) être enthousiaste; 6) être soutenante et encourageante; 7)



autonomiser l'autre (*empowerment*); 8) être ouverte; 9) être facile d'approche et; 10) être un modèle de rôle pour des soins de qualité.

Certains de ces attributs rejoignent ceux identifiés par Cook (2001a) comme le soutien aux collègues et la notion d'influence. Ils rejoignent également des attributs identifiés dans d'autres écrits théoriques, dont l'expertise clinique, les habiletés de communication, *l'empowerment* et l'engagement de l'infirmière envers des soins de qualité (Lett, 2002; Rocchiccioli et Tilbury, 1998). Stanley note cependant une différence importante entre sa conception du leadership clinique infirmier et celle soulevée dans d'autres écrits théoriques : il remarque que ce sont les valeurs du leader qui lui permettent d'influencer les personnes et non, sa vision.

En 2010, Stanley a procédé à une deuxième étude lui permettant de valider sa théorie de leadership congruent ainsi que les attributs du leader clinique (Stanley, 2014). L'auteur a procédé à une collecte de données chez 104 ambulancières australiennes (l'étude originale s'était déroulée auprès d'infirmières britanniques) à l'aide d'une version modifiée de son questionnaire. La comparaison des résultats entre cette étude et ceux issus de sa thèse doctorale lui permet d'affirmer que les ambulancières recherchent les mêmes caractéristiques chez leurs leaders cliniques que les infirmières. Il note aussi que les attributs de vision et de créativité ne sont pas des caractéristiques recherchées chez les leaders cliniques ni par les infirmières ni par les ambulancières. Dans son étude, Cook (2001a) avait identifié la créativité comme un des cinq attributs des infirmières leaders clinique. De plus, Stanley (2014) note que les gestionnaires ne sont pas considérés comme des leaders cliniques par les infirmières ni par les ambulancières et que les attributs recherchés chez un leader clinique et un gestionnaire ne sont pas les mêmes par ces deux groupes de professionnels.

Les travaux de Stanley (2006a; 2006b, 2006c; 2014) ont permis d'ajouter des attributs du leader clinique à la liste initiée par Cook (2001a). Ensemble, ces études ont élucidé ce qui caractérise une infirmière leader clinique impliquée dans les soins directs. De plus, ces attributs proviennent du point de vue de personnes impliquées dans des soins directs. Ces perspectives n'avaient pas été explorées auparavant. Ceci constitue une contribution importante des deux chercheurs. Les études subséquentes de Burns (2009c) et Supamane, Krairiksh, Singhakumfu et Turale (2011) continueront dans cette même veine.

Utilisant un devis phénoménologique dans la tradition du paradigme interprétatif, Burns (2009a, 2009b, 2009c) a publié une série de trois articles sur le leadership clinique infirmier en recrutant des infirmières britanniques travaillant en soins de première ligne. L'auteur a mené 12 entrevues individuelles avec ces infirmières. Ces participantes ont décrit les caractéristiques d'infirmières qu'elles considéraient des leaders cliniques soit : 1) avoir une expertise clinique et offrir des conseils basés sur des résultats probants; 2) être une bonne communicatrice; 3) être capable de résoudre des problèmes; 4) connaître, comprendre et être capable d'exercer le rôle de l'infirmière dans un contexte spécifique; 5) être accessible pour soutenir et encourager l'autre; 6) ne pas juger l'autre; 7) être facile d'approche et; 8) être un modèle de rôle.

Pour les participantes de cette étude, le leader clinique doit être reconnu par ses pairs et ses collègues; cette reconnaissance par les pairs sera reprise par Chávez et Yoder (2015) pour différencier le leadership positionnel du leadership clinique infirmier. Selon les participantes de l'étude de Burns (2009c), l'infirmière n'a pas à se déclarer leader, elle motive les gens à la suivre par ses actions, sa vision, son dynamisme et sa capacité à faire « avancer les choses ». Les qualités, habiletés et attributs de leaders cliniques infirmiers décrits par Burns (2009c) recourent presque entièrement ceux de Stanley (2006a; 2006b, 2006c). Une différence notable est la caractéristique d'avoir une vision. Les participantes de l'étude de Burns font ressortir la vision du leader comme faisant partie de ses attributs alors que les participantes de Stanley ont explicitement écarté cet attribut. Mentionnons que les études de Cook, Stanley et Burns ont toutes été menées au Royaume-Uni et convergent vers des résultats similaires. En 2011, Supamane et al., inspirés par ces études, examineront la vision d'infirmières thaïlandaises sur le leadership clinique infirmier.

À l'aide d'un devis qualitatif exploratoire, Supamane et al. (2011) ont construit un modèle du leadership clinique infirmier en interrogeant des infirmières donnant des soins directs aux patients (n=31) et des infirmières gestionnaires (n=23) d'un même centre hospitalier en Thaïlande. À l'aide de groupes de discussion avec les infirmières et des entrevues individuelles avec les gestionnaires, ces chercheuses ont identifié deux grandes catégories de caractéristiques des leaders cliniques infirmières : les caractéristiques de « surface » (extérieures) et les caractéristiques « cachées » (intérieures). Les caractéristiques

de surface réfèrent principalement à certaines habiletés et connaissances du leader. Le leader clinique infirmier devrait avoir des connaissances générales (par exemple, l'anglais, l'informatique), des connaissances cliniques, en gestion et en leadership et avoir acquis certaines habiletés, dont la négociation, la résolution de problèmes, la communication, la coordination et la prise de décisions rapide. Les caractéristiques « cachées » font référence à la motivation interne, la perception de soi et les traits de la personne. Selon les participantes de l'étude, les leaders cliniques sont des infirmières confiantes, qui se sentent respectées par leurs collègues, sont méticuleuses, respectent la profession infirmière et sa contribution à la santé des patients, sont des apprenantes actives et font preuve de maturité et flexibilité. Certaines caractéristiques de « surface » rejoignent celles énumérées dans d'autres écrits (Burns, 2009c; Stanley, 2006b, 2006c), dont les habiletés de communication ou les connaissances cliniques. Supamane et al. (2011) jumèlent la perception d'infirmières soignantes à celle d'infirmières gestionnaires, ce qui n'avait pas été fait auparavant dans les études sur le leadership clinique infirmier. Ces chercheuses offrent la perspective d'infirmières thaïlandaises qui s'ajoute à celle de leurs collègues britanniques et souligne l'importance de reconnaître la contribution spécifique des infirmières à la santé des patients (McNamara et Fealy, 2010; McNamara et al., 2011).

Du côté canadien, la doctorante Allison Patrick a proposé un outil pour mesurer le leadership clinique infirmier (Patrick, 2010; Patrick et al., 2011). Cette chercheuse définit le leadership clinique infirmier comme « les comportements d'une infirmière donnant des soins directs qui orientent et soutiennent ses clients et son équipe de soins. Une infirmière leader clinique exerce son influence auprès de patients, familles et collègues dans l'optique d'offrir des soins intégrés qui mènent à des résultats positifs aux patients » [traduction libre] (Patrick et al., 2011, p. 450). L'instrument de mesure du leadership clinique infirmier a été élaboré à partir des travaux de Kouzes et Posner (2002) sur le leadership transformationnel dans le domaine des affaires. Suite à des études regroupant près de 2500 gestionnaires, ces chercheurs proposaient cinq pratiques de leaders exemplaires : 1) remettre en question le processus; 2) partager sa vision; 3) permettre aux autres d'agir; 4) montrer la voie; 5) encourager (Kouzes et Posner, 1998). Kouzes et Posner ont développé des instruments de mesure du leadership dont l'inventaire des pratiques du leadership. Cet inventaire est composée de 30 items, six items

pour chacune des pratiques exemplaires. L'instrument se décline en deux versions composées du même nombre d'items: un outil d'auto-évaluation du leadership et un outil d'évaluation pouvant être complété par un observateur (Kouzes et Posner, 1998). Ces deux versions ont été utilisées en sciences infirmières notamment par Tourangeau et McGilton (2004) qui ont voulu évaluer les propriétés psychométriques de l'instrument lorsqu'utilisé dans des recherches dans le domaine de la santé et particulièrement auprès des infirmières. Les résultats des analyses statistiques amènent les auteurs à proposer une version modifiée de l'instrument. Les principaux changements apportés sont la réduction du nombre de pratiques de cinq à trois, la diminution des items de l'instrument passant de 30 à 27 et la proposition de nouveaux libellés permettant de mieux distinguer les pratiques exemplaires. Ces trois pratiques ont été renommées : les pratiques cognitives, les pratiques comportementales et les pratiques soutenantes.

Dans son étude doctorale, Patrick (2010) cite l'étude de Tourangeau et McGilton (2004), mais opte tout de même pour les cinq pratiques exemplaires proposées par Kouzes et Posner (2002). Patrick (2010) a recensé 64 comportements de leadership clinique infirmier rapportés dans les écrits scientifiques (Cook et Leathard, 2004; Lett, 2002; Stanley, 2006c). Elle les a ensuite regroupé en fonction des cinq pratiques exemplaires de leadership. Le processus de validation de contenu et d'analyse factorielle de l'outil l'amène à proposer un instrument à 15 items, soit 3 items pour chacune des 5 pratiques exemplaires. Ce sont 6 experts et 480 infirmières qui ont participé à l'étude. L'outil final, qu'elle nommera l'inventaire du leadership clinique, présentait un alpha de Cronbach 0.86.

La première pratique exemplaire du leadership clinique, « Remettre en question le processus » réfère à l'utilisation de la pratique réflexive par l'infirmière impliquée dans des soins directs, la prise de risque pour le bien-être du patient et l'appui sur des résultats probants pour justifier des décisions cliniques. La deuxième pratique exemplaire, « Partager sa vision » est liée à la communication. L'infirmière leader clinique s'engage dans des échanges constructifs et signifiants avec ses collègues et ses patients. Elle négocie avec l'équipe de soins pour soutenir le patient dans l'atteinte de ses buts. La troisième pratique exemplaire, « Permettre aux autres d'agir », est démontrée par des leaders cliniques infirmiers qui développent des relations de collaboration avec les membres de leur équipe, font preuve

d'ouverture envers leurs collègues et établissent des relations de confiance avec la Personne. La quatrième pratique exemplaire, « Montrer la voie », est exercée par des infirmières leaders cliniques qui démontrent un engagement envers des soins centrés sur le patient, travaillent pour atteindre des objectifs et déploient un effort considérable pour tenir leurs promesses auprès des patients. La cinquième pratique exemplaire, « Encourager », réfère aux comportements de l'infirmière qui donne de la rétroaction positive à ses collègues, souligne les succès de ces dernières et reconnaît la contribution des infirmières qui démontrent un engagement envers leur profession.

L'outil développé par Patrick et al. (2011) a été repris par d'autres chercheurs (Boamah, 2018; Connolly, Jacobs et Scott, 2018) pour mesurer le leadership clinique infirmier. Selon Boamah (2018), l'étude de Patrick et al. (2011) est la seule à conceptualiser et mesurer le leadership clinique d'infirmières donnant des soins directs et à examiner l'influence des pratiques de leadership exemplaires des gestionnaires sur l'expression du leadership clinique des infirmières soignantes. En effet, selon Patrick (2010), le leadership des gestionnaires influence le leadership clinique des infirmières soignantes par le biais de l'environnement de travail. Citant les travaux de Kanter (1993), Patrick et al. (2011) expliquent qu'un environnement de travail devrait fournir l'accès à l'information, des ressources, du soutien et des occasions d'apprentissage et de développement professionnel. Ces structures sont nécessaires pour la réalisation du travail, mais sont aussi des caractéristiques d'une structure de travail qui *empower* les personnes. À l'instar de Cook (2001a), Patrick (2010) souligne l'effet de l'environnement de travail sur le leadership clinique des infirmières. Alors que Cook (2001a) avait nommé des facteurs facilitants et contraignants l'expression du leadership clinique infirmier, Patrick (2010) a identifié de façon empirique certains des facteurs.

Dans l'ensemble, ces études (Burns, 2009c; Cook, 2001a; Patrick et al., 2011; Stanley, 2006c; Supamane et al., 2011) ont solidifié l'idée que les leaders cliniques sont des infirmières qui donnent des soins directs aux patients. En effet, selon plusieurs auteurs, le soin direct aux patients est ce qui caractérise le leadership clinique infirmier (Baernholdt et Cottingham, 2011; Cain, 2005; Casey et al., 2011; Cook et Leathard, 2004; Davidson et al., 2006; Edmonstone, 2009; Erickson et Ditomassi, 2005; Fealy et al., 2011; Hix et al., 2009;

Hyrkäs et Dende, 2008; Jones, 2006; Trimmer, 2006). La place accordée aux soins directs dans les définitions du leadership clinique infirmier permet de les différencier de certaines théories plus générales sur le leadership infirmier qui ne mettent pas autant l'accent sur le soin, mais plutôt sur l'organisation de santé et la gestion du personnel (Edmonstone, 2009).

Selon Klenke (1996), le leadership est une construction culturelle et les définitions changent selon les contextes. En ce sens, le développement de connaissances spécifiques au leadership clinique infirmier qui reflètent la réalité des soins au chevet et des activités cliniques infirmières est un processus nécessaire (Cook et Leathard, 2004). Avec l'accroissement de publications sur le leadership clinique, trois équipes de chercheurs ont publié des synthèses de connaissances reprenant les études empiriques citées précédemment. En 2013, Mannix et collègues ont réalisé une revue intégrative sur les recherches publiées sur la thématique du leadership clinique infirmier de 2002 à 2011. Stanley et Stanley (2018) ont mené le même type de revue en couvrant les écrits de 1974 à 2016. Chávez et Yoder (2015) ont procédé à une analyse de concept du leadership clinique infirmier.

En synthétisant dix études publiées, Mannix et ses collaborateurs en viennent à proposer trois catégories de caractéristiques du leader clinique : 1) caractéristiques liées à la compétence clinique qui englobent les connaissances, les habiletés cliniques et de réflexion et l'intégration des résultats probants à la pratique; 2) les caractéristiques relationnelles dont la communication, le modelage de rôle, le soutien aux collègues et l'*empowerment* de l'équipe et; 3) les caractéristiques personnelles, dont un regard positif de la profession, la pratique réflexive, le questionnement du statu quo et des attributs liés à la personnalité. Cette revue intégrative souligne le peu de publications sur le leadership clinique et l'emploi prédominant de devis qualitatifs pour étudier ce concept. La revue intégrative de Mannix, Wilkes et Daly (2013) offre un regroupement intéressant des attributs du leader clinique permettant d'apprécier une certaine convergence de ceux-ci. Pour Mannix, Wilkes et Daly (2013), les attributs de l'infirmière leader clinique lui permettent de soigner avec compétence et de travailler en équipe.

Pour leur part, Chávez et Yoder (2015) ont identifié les antécédents (ce qui permet l'expression du leadership clinique infirmier), les attributs (ce qui permet à une infirmière d'être reconnue comme leader clinique infirmier par ses pairs) et les conséquences (ce que le

leadership clinique infirmier engendre) du concept en se basant sur la méthode d'analyse de concept de Walker et Avant (2005). Quatorze articles ont été analysés. Dans les antécédents du leadership clinique infirmier, nous y retrouvons le travail dans une équipe de soins collaborative, les compétences professionnelles et une structure organisationnelle qui facilite le travail de l'infirmière et le déploiement optimal de ses compétences. Lorsque les antécédents sont présents, l'infirmière ayant des connaissances cliniques et des habiletés de communication, de collaboration et de coordination peut être reconnue comme leader clinique infirmier par ses pairs. Sa capacité à contribuer à l'innovation et au changement lui permet de conserver le statut de leader clinique. Les retombées du leadership clinique infirmier, bien que très peu soutenues par des études empiriques (Chávez et Yoder, 2015), sont : l'atteinte d'objectifs cliniques partagés par l'équipe de soins; le maintien de processus d'équipe qui soutiennent son efficacité et la qualité de vie au travail.

La méthode d'analyse de concept a été critiquée d'abord par Paley (1996) puis Risjord (2009) et finalement Draper (2014). Une des critiques formulées par ces auteurs est liée à la rigueur et la transparence de la méthode pour définir les attributs et les antécédents d'un concept. Effectivement, dans l'analyse de concept présentée, Chávez et Yoder (2015) n'expliquent pas comment ils en sont venus à identifier les attributs et les antécédents du leadership clinique infirmier et comment ils ont dégagé les éléments saillants des articles recensés.

Malgré que la démarche d'analyse de concept peut être critiquée, il appert que la contribution de cette analyse de concept est importante. Cette analyse de concept permet de renforcer les données des études antérieures. D'abord, le leadership clinique infirmier n'est pas lié à un poste désigné. Il est accessible à toutes les infirmières (Department of Health, 2001) et la reconnaissance par les pairs se réalise par le développement d'une expertise clinique, la capacité à communiquer et à travailler en équipe (Mannix, Wilkes et Jackson, 2013). L'exercice mené par ces auteurs les amène à proposer que le leadership clinique infirmier s'exerce dans un contexte spécifique, s'exprime au sein d'une équipe et qu'un contexte organisationnel soutenant permet au leadership clinique infirmier d'émerger (Cook, 2001a; Patrick, 2010; Patrick et al., 2011). L'expression du leadership clinique infirmier dépend de la présence de relations de collaboration préétablies au sein d'une équipe de soins.

Dans une récente revue intégrative qui inclut les synthèses des écrits présentées (Chávez et Yoder, 2015; Mannix, Wilkes et Daly, 2013) et les études empiriques citées précédemment (Burns, 2009c; Cook, 2001a; Stanley, 2004; Stanley, 2006a; Stanley, 2006b, 2006c; Supamane et al., 2011), Stanley et Stanley (2018) ont analysé 27 articles publiés entre 1974 et 2016 sur le leadership clinique. Les auteurs des publications provenaient de divers pays, surtout du Royaume-Uni et de l’Australie. Leur revue est divisée en cinq grandes sections : définitions du leadership clinique, attributs les plus communément associés au leader clinique, attributs les moins communément associés au leader clinique, les modèles de développement du leadership clinique et les barrières au développement du leadership clinique. Examinons chacune des sections.

Dans la première section portant sur les définitions du leadership clinique, les auteurs disent avoir identifié trois définitions explicites dans les 27 publications recensées. Les trois définitions explicites identifiées par les auteurs sont, en ordre chronologique, celles de Cook (2001c), Stanley (2006c) et Pepin et al. (2011) et sont présentées au Tableau 1. Toutefois, dans cette section, Stanley et Stanley (2018) présentent aussi plusieurs définitions issues d’articles qui n’ont pas été retenues pour leur revue intégrative. Ces définitions proviennent autant d’articles empiriques que théoriques.

Tableau 1 - Définitions du leadership clinique infirmier selon Cook (2001a), Stanley (2006c) et Pepin et al. (2011)

Auteurs	Définitions du leadership clinique infirmier
Cook (2001a)	Infirmière impliquée dans les soins directs qui améliore continuellement les soins en exerçant son influence sur d’autres [traduction libre] (p. 39)
Stanley (2006c)	Clinicienne, experte dans une spécialité clinique qui, grâce au fait d’être accessible, une excellente communicatrice et d’être <i>empowered</i> , agit comme modèle de rôle et motive les autres en pratiquant le soin de façon congruente avec ses valeurs [traduction libre] (p. 111)
Pepin et al. (2011)	Compétence professionnelle démontrée dans la pratique clinique qui pousse l’infirmière à influencer d’autres pour l’amélioration continue des soins [traduction libre] (p. 269)



Les auteurs terminent cette première section en affirmant que plusieurs définitions publiées après les écrits de Cook (2001c) et Stanley (2006c) s'en inspirent pour expliquer le leadership clinique infirmier. La conclusion de cette section permet au lecteur d'apprécier les multiples définitions existantes sur le leadership clinique.

Dans la deuxième section de l'article, Stanley et Stanley (2018) présentent une liste de 15 attributs de leaders cliniques selon leur fréquence dans les articles recensés. Les trois attributs les plus fréquemment mentionnés sont : la compétence clinique, la communication efficace et le soutien aux collègues. Dans la troisième section, les auteurs ont mené le même type d'exercice, cette fois-ci, sur les attributs les moins associés au leadership clinique. Peu d'articles se sont penchés sur cette question, mais les auteurs réussissent à dégager quelques attributs (la fréquence de chacun n'est pas mentionnée) : être contrôlant, avoir une vision, être créatif et le conflit de rôle. Dans la quatrième section, les auteurs décrivent les modèles qui ont été développés pour définir le leadership clinique infirmier. Cinq modèles sont mentionnés (Cook, 2001c; Leigh et al., 2015; Supamane et al., 2011; Venturato et Drew, 2010), mais seuls les modèles de Cook et Supamane portent spécifiquement sur une conceptualisation du leadership clinique infirmier. Les modèles de Pepin et collaborateurs ainsi que celui de Leigh abordent le processus développemental du leadership clinique. Le modèle de Venturato est un modèle de soins spécifiques aux résidences pour personnes âgées. Pour Cook (2001c), l'expérience, la compréhension du rôle, l'environnement interne et externe sont quatre éléments qui produisent le style dominant de leadership exprimé par une personne. L'auteur propose une typologie de styles de leadership : leadership transactionnel (axé sur l'atteinte des buts selon les habiletés des subordonnées (*followers*)), leadership transformationnel (axé sur le changement de perceptions et une direction claire), *connective* leadership (axé sur la collaboration, l'interaction, la persuasion) et *renaissance* leadership (axé sur des relations d'*empowerment* entre le patient et l'infirmière). Le modèle de Supamane et al. (2011) présente les différentes caractéristiques cachées et de *surface* d'une infirmière leader clinique. Tout comme Stanley et Stanley (2018), nous sommes d'avis que le modèle n'est pas suffisamment expliqué; les liens entre les différentes composantes du modèle ne sont pas explicités.

Dans la dernière section de l'article, Stanley et Stanley (2018) dressent une liste de 30 barrières à l'exercice du leadership clinique dont la tension existante entre les doubles responsabilités de gestion et de soins directs de l'infirmière, le peu de formation des infirmières au leadership clinique et le peu de consensus sur les définitions du concept. Tout comme Mannix, Wilkes et Daly (2013), les auteurs de cette revue proposent une synthèse intéressante des travaux réalisés sur le leadership clinique infirmier jusqu'à ce jour. Le regroupement des définitions et des attributs des leaders cliniques infirmiers permet d'avoir une vision globale de ce qui caractérise le leader clinique infirmier. Leur recherche documentaire a aussi inclus un nombre important d'études (n=27) ce qui dépasse grandement ceux inclus dans des synthèses de connaissances précédentes sur le leadership clinique infirmier (Chávez et Yoder, 2015; Mannix, Wilkes et Daly, 2013) et indique l'étendue de leur recherche. Toutefois, certaines faiblesses méritent d'être soulignées. En premier lieu, le but de la revue est d'approfondir la compréhension du leadership, mais au terme de la revue, les auteurs ne proposent pas de définition issue de leur travail d'analyse même si une section de l'article est réservée à cette question. En deuxième lieu, une lecture attentive de l'article nous amène à constater la surutilisation des travaux antérieurs de Stanley en tant que cadre d'analyse et l'intégration d'articles qui n'ont pas été retenus pour la revue lors de la présentation des résultats. À titre d'exemple, les auteurs reviennent à quelques reprises sur la question de la vision et si cela s'agit d'un attribut du leader, une idée que Stanley avait déjà présentée dans ses articles précédents (2006a; 2006b, 2006c, 2008; 2014). Or, pour soutenir l'argument que la vision ne constitue pas un attribut du leadership clinique, les auteurs citent une publication de Stanley qui ne fait pas partie des écrits retenus pour la revue. Il aurait été préférable que l'analyse se limite à une comparaison entre les différents articles retenus pour la revue et que la discussion soit réservée à l'intégration d'autres écrits.

Dans deux éditoriaux, Jackson et Watson (2009) et McNamara et Fealy (2010) critiquent la qualité des écrits publiés sur le leadership et le leadership clinique infirmier. Jackson et Watson (2009) soulignent le peu d'écrits empiriques publiés au sujet du leadership clinique, et le peu d'effort de contextualisation des travaux. Notre recension d'écrits appuie ces deux constats. En premier lieu, quant au peu de publications sur le leadership clinique infirmier, deux des synthèses de connaissances publiées au sujet du leadership clinique ont

identifié seulement dix et quatorze publications, dont plusieurs de Stanley, qui relèvent de la même étude. La revue intégrative de Stanley et Stanley (2018) a soulevé seulement 27 articles pour une période couvrant 42 années. En deuxième lieu, quant aux efforts de contextualisation, nous notons que les travaux en lien avec le leadership clinique infirmier ont adopté, pour la plupart, une perspective individualiste. Dans les recherches sur le leadership clinique, l'adoption de cette perspective se traduisait par la description de qualités, caractéristiques ou attributs des leaders cliniques. Cette perspective individualiste a profondément influencé la plupart des travaux sur le leadership clinique infirmier qui visaient à définir le concept, tout comme elle a marqué une des premières théories sur le leadership soit la théorie des traits (Northouse, 2015). Cette théorie avait comme prémisse centrale que le leadership était incarné par certaines personnes et que l'étude du leadership était synonyme de l'étude de ces personnes. Dans les études sur le leadership clinique, ceci se traduisait par l'identification d'infirmières leaders cliniques par des pairs, puis l'exploration des attributs de ces personnes (Cook, 2001a; Stanley, 2006b). La théorie des traits négligeait l'influence de la situation sur l'exercice du leadership et que des personnes, autres que le leader, pouvaient contribuer au leadership (Northouse, 2015). Déjà en 2005, dans leur prise de position sur le leadership clinique, Millward et Bryan affirmaient que la perspective individualiste du leadership clinique était dépassée, Millward et Bryan (2005) définissaient le leadership clinique comme un processus d'influence qui concerne toutes les cliniciennes peu importe leur poste et est inévitablement lié à un groupe de personnes et aux relations entre ces différentes personnes.

Suite à leur étude nationale sur les besoins de formation au leadership clinique d'infirmières et de sages-femmes irlandaises menée en 2009 (Fealy et al., 2011), McNamara et Fealy (2010) ont publié un éditorial dans lequel ils qualifient les écrits sur le leadership clinique comme étant denses, contradictoires et peu soutenus par des fondements empiriques. Dans ce même éditorial, les auteurs soulignent qu'il est impératif que les leaders cliniques infirmiers soient en mesure d'articuler clairement la contribution des sciences infirmières à la santé des patients et que tout programme de formation au leadership clinique infirmier devrait soutenir l'atteinte de cet objectif.

En considérant ces différentes critiques, nous avons, au chapitre 1, présenté une définition de travail du leadership clinique inspiré du centre d'intérêt de la discipline infirmière et une perspective relationnelle du leadership clinique infirmier. En sciences infirmières, peu de travaux sur le leadership clinique ont adopté une perspective relationnelle. Cette perspective conçoit le leadership comme le produit d'interactions entre les personnes (Denis, Langley et Sergi, 2012; Sergi, Comeau-Vallée, Lusiani, Denis et Langley, 2016). Nous nous sommes donc tournés vers des travaux issus des sciences de la gestion, de la sociologie et de la psychologie organisationnelle. L'utilisation de la perspective relationnelle pour le leadership clinique infirmier se justifie par les antécédents du leadership clinique décrits par Chávez et Yoder (2015). Selon ces auteurs, le leadership clinique infirmier ne peut s'exercer sans la présence d'une équipe de soins qui entretient des relations de collaboration et une structure organisationnelle facilitante. De plus, la structure des organisations de santé est « caractérisée par des interactions entre multiples groupes de professionnels ayant diverses sources d'autorité, d'expertise et de légitimité » (Sergi et al., 2016, p. 1).

Dans leur recension exhaustive d'écrits intitulée *Leadership in the Plural*, Denis et al. (2012) font état de quatre différents courants de pensée qui conceptualisent le leadership comme pouvant être partagé entre plusieurs personnes. Ces quatre courants, tel que traduits par Bonneau (2015), sont : leadership mutuel dans l'équipe (partage du leadership pour l'efficacité de l'équipe), leadership au sommet (dyades ou triades pratiquent le coleadership), leadership multiniveau et à relais (diffusion du leadership pour atteindre les objectifs) et leadership comme une propriété émergente (production du leadership à travers les interactions sociales). Ce dernier courant est aussi nommé *Relational Leadership*. Ce courant est inspiré par une perspective sociologique et son corpus de connaissances est composé d'écrits conceptuels et parfois d'études ethnographiques (Denis et al., 2012). Un des auteurs clés dans ce courant est Lucia Crevani.

Dans son étude doctorale dans le domaine de l'économie et la gestion, Crevani (2011) a noté un phénomène curieux où les personnes interrogées sur ce qu'était le leadership faisaient immédiatement référence aux traits d'une personne, souvent leur gestionnaire. Or, lorsque l'auteur a tenté d'explorer plus en profondeur comment ces gestionnaires, considérés des leaders, exprimaient leur leadership au quotidien, les participantes de son étude

énuméraient une liste d'actes de nature cléricale liés à l'administration ou la coordination. Dans le cadre de son étude doctorale, inspirée d'un devis ethnographique, elle a observé les interactions d'employés et de gestionnaires de deux entreprises privées en Suède. Son but était d'explorer comment le leadership se partageait dans la pratique. L'auteure remarque alors que le travail du leader consistait à faciliter la réalisation du travail d'une équipe. Crevani (2011) avançait alors l'idée qu'il existe une incongruence entre l'idée du leadership et comment il se concrétise dans le travail quotidien. Ceci l'amènera à proposer que le leadership est un processus social qui est produit à travers les interactions entre les personnes. Ces interactions permettent la création d'espaces où l'action devient possible.

Joe Raelin, chercheur en sciences de la gestion, est un autre auteur dont les travaux conceptuels sur le leadership s'inscrivent dans le courant de *Relational Leadership* (Denis et al., 2012). Raelin (2005, 2011, 2014, 2016) propose l'idée que le leadership peut se produire sans la présence d'un leader désigné et que le leadership est un processus d'équipe, il nommera ce processus : *leaderful practice*. *Leaderful practice* est centrée sur le processus du leadership (où? quand? comment? pourquoi?). L'auteur prône une pratique démocratique du leadership (Raelin, 2005). Raelin (2011) est d'avis que les études sur le leadership devraient s'intéresser à ce qu'une collectivité peut accomplir plutôt que les actions ou les traits d'un leader. Il décrit les quatre caractéristiques de *leaderful practice*: concomitant (*concurrent*), collectif, collaboratif et compassion (Raelin, 2005, 2014).

Pour illustrer *leaderful practice*, Raelin (2005) décrit une équipe de travail dans laquelle chaque membre possède une expertise différente, mais complémentaire. Il décrit quatre processus qui permettent d'identifier la présence de leadership en citant les travaux de Parsons, Bales et Shils (1953). Le premier processus est la définition d'un objectif. Le deuxième processus est l'engagement des membres à l'atteinte de l'objectif fixé. Le troisième processus de leadership est le maintien de l'engagement et la cohésion entre les différentes personnes. Le quatrième et dernier processus est la capacité de s'adapter au changement. *Leaderful practice* s'opèrent lorsque différentes personnes s'engagent à atteindre un objectif commun (Raelin, 2005), co-orientent le développement des activités du groupe (Lindgren et Packendorff, 2011) et prennent des décisions de façon collaborative (Raelin, 2016).

Le courant de pensée dans lequel s'inscrit les travaux de Raelin et de Crevani a été critiqué comme étant trop idéalistes et comme banalisant le leadership (Denis et al., 2012). Peu de recherches ont été menées dans ce courant ce qui présuppose une difficulté à étudier le processus de leadership relationnel. Ce courant a souvent été mis en opposition aux perspectives individuelles du leadership (Crevani, 2011) alors que Sergi et al. (2016) les perçoivent plutôt comme étant complémentaires, une vision que nous partageons. En effet, notre compréhension de ce courant de pensée ne nous amène pas à nier l'existence de leaders ou la présence d'attributs chez certains individus qui leur permettent d'être reconnus comme leaders par leurs pairs. Par contre, *Relational Leadership* propose une forme de leadership collectif qui engage toutes les personnes dans le processus de changement. Ce courant de pensée reflète certaines conceptions du centre d'intérêt de la discipline infirmière.

Dans leur éditorial, McNamara et Fealy (2010) soulignent que tout projet sur le leadership clinique infirmier devrait inclure une définition du concept avec un souci d'intégrer une perspective disciplinaire à cette définition. Dans la théorie du leadership clinique infirmier congruent de Stanley (2006b), les valeurs de l'infirmière jouent un rôle central; c'est la mise en action de ses valeurs qui permet à l'infirmière de se faire reconnaître en tant que leader clinique. Toutefois, l'auteur demeure vague sur les « valeurs de la profession infirmière », mais selon ses écrits, nous pouvons inférer que ces valeurs sont l'empathie, l'honnêteté, la loyauté, l'*empowerment* d'autrui, l'ouverture, et un engagement pour des soins de qualité à la Personne. Selon Pepin, Ducharme et Kérouac (2017), les valeurs de l'infirmière s'expriment alors qu'elle procède au *design* du soin, c'est-à-dire lorsque l'infirmière s'apprête à conceptualiser et donner un soin en se basant sur une conception de la discipline et sur les savoirs utiles à la situation de la Personne. Ces valeurs sous-tendent la pratique et la recherche en sciences infirmières (Risjord, 2010).

Les valeurs de la profession infirmière sont imbriquées dans les différents énoncés du centre d'intérêt de la discipline (Pepin et al., 2017). Selon Pepin et al. (2017), la relation infirmière-Personne constitue le centre d'intérêt de la discipline pour plusieurs auteurs dont Newman, Smith, Pharris et Jones (2008) qui ont noté la récurrence du concept de relation dans les écrits en sciences infirmières. Même si Newman et al. (2008) font référence à la relation entre l'infirmière et le patient, les valeurs promues dans leur énoncé du centre d'intérêt dont

l'importance accordée à la participation de chacun, l'engagement dans la relation et la prise en compte du contexte se transposent bien à une vision relationnelle du leadership clinique infirmier. Ceci rejoint les travaux sur le leadership de Raelin (2011, 2016) qui prônent une pratique démocratique et collaborative du leadership. Dans leur tableau synthèse des principales conceptions de la discipline infirmière (Pepin et al., 2017), nous notons que les éléments clés de plusieurs conceptions rapportent des concepts apparentés à ceux retrouvés dans *Relational Leadership*: collaboration (Allen), partenariat collaboratif (Gottlieb) et relation (Watson; Girard, et Cara).

D'autres travaux théoriques en sciences infirmières par Chinn (2004, 2018), Chinn et Falk-Rafael (2015) et Kagan et Chinn (2010) font aussi appel à un leadership collaboratif, un processus que Chinn nomme *Peace Power. PEACE*, un acronyme pour *Praxis, Empowerment, Awareness, Cooperation et Evolvment*, retourne à des notions de réflexion dans l'action, respect, solidarité, engagement avec les autres, écoute, connaissance de soi, partage de valeurs, cohésion, changement et évolution. *Peace Power* fait appel au pouvoir collectif des personnes pour la création de changements positifs (Chinn, 2004; Chinn et Falk-Rafael, 2015). Chinn (2018) invite la communauté infirmière à accepter des pratiques de groupe qui permettent à chaque membre d'exercer son leadership. *Peace Power* propose à tous les membres d'un groupe d'accepter la responsabilité de son bon fonctionnement et d'éviter de désigner ou d'élire une seule personne comme leader du groupe.

Conséquemment, au niveau conceptuel, il semble important d'aller de l'avant avec une définition collective du leadership clinique infirmier qui ne mettra pas la responsabilité de l'influence sur l'infirmière leader clinique, mais qui invitera toute personne intéressée à s'engager dans l'action (Chinn, 2004; Raelin, 2016). Pour cette raison, nous avons proposé la définition suivante du leadership clinique : contribution d'une infirmière ou d'une étudiante infirmière donnant des soins directs aux patients à la mobilisation d'un groupe de personnes; cette mobilisation a pour but d'améliorer des soins qui visent le bien-être de la Personne, tel que défini par celle-ci. Si le leadership clinique infirmier est considéré comme un processus collectif et social, l'intégration d'un volet participatif à cette recherche, qui encourage la participation et la formation de communautés d'action, se présente comme un choix logique.

Cette première section de la recension des écrits s'est attardée à la présentation d'écrits empiriques qui ont porté sur le leadership clinique infirmier et plus spécifiquement, des travaux qui ont tenté de clarifier le concept. Il en ressort que les études sur le sujet ont eu tendance à représenter le leadership clinique infirmier comme une série d'attributs du leader clinique infirmier. Nous avons ensuite présenté une perspective relationnelle du leadership clinique infirmier inspirée des travaux de Raelin (2005, 2011, 2016) et de Crevani (2011) qui rejoignent la conception du centre d'intérêt de la discipline infirmière de certains auteurs qui mettent en exergue la centralité de la relation (Chinn, 2004, 2018; Chinn et Falk-Rafael, 2015; Newman et al., 2008). Dans la prochaine section, nous traitons des études qui ont expliqué comment se développe le leadership chez des étudiantes de niveau universitaire.

### **2.1.2 Comment se développe le leadership (clinique infirmier) chez des étudiantes?**

En 2004, Cook et Leathard soutenaient que peu était connu sur le développement du leadership clinique infirmier des étudiantes. En conséquence, pour élaborer des formations sur le leadership clinique infirmier, les formatrices devaient s'inspirer, le plus souvent, de théories non spécifiques au leadership clinique infirmier (Halstead, 2013). Or, les résultats de la métasynthèse de Galuska (2014) avaient souligné que des contenus adaptés au niveau de développement des infirmières contribuaient à l'efficacité des formations continues. À notre connaissance, les niveaux de développement du leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières n'ont fait l'objet d'aucune étude sauf celle de Pepin et al. (2011). Toutefois, quelques études ont proposé des activités pédagogiques pour soutenir l'apprentissage du leadership par les étudiantes infirmières. Ces activités font l'objet d'une section distincte de la recension des écrits.

Cette section traite de l'étude de Pepin et al. (2011), menée au Canada, et d'une étude menée aux États-Unis sur le développement de l'identité du leadership chez des étudiantes universitaires (Komives, Owen, Longerbeam, Mainella et Osteen, 2005). L'article de Pepin et al. (2011) est cité dans plusieurs publications sur le leadership clinique infirmier (Ailey, Lamb, Friese et Christopher, 2015; Brown et al., 2015; Brown, Crookes, et al., 2016; Brown, Dewing, et al., 2016b; Chávez et Yoder, 2015; Mannix, Wilkes et Daly, 2013; Maranda et



Lessard, 2017; Morrow, 2015) alors que l'article de Komives et al. (2005) est cité dans des ouvrages portant sur le développement du leadership d'étudiantes universitaires (Komives, Dugan, Owen, Slack et Wagner, 2011; Sessa, 2017). Chacune des études est présentée individuellement puis les points communs de ces deux études sont soulevés. La présentation du modèle de Pepin et al. (2011) qui porte spécifiquement sur le leadership clinique infirmier précède celle du modèle de Komives et al. (2005).

En 2011, Pepin et al. ont tracé le parcours développemental de la compétence de leadership clinique infirmier en proposant un modèle cognitif de l'apprentissage (National Research Council, 2001; Tardif, 2006). Guidées par un devis de recherche phénoménologique interprétatif, les chercheuses ont interviewé des étudiantes infirmières (n=32) et des infirmières œuvrant en milieu clinique (n=21) dans l'optique de schématiser le développement du leadership clinique infirmier du début des études en sciences infirmières jusqu'à l'expertise. La séquence de développement est divisée en cinq étapes distinctes, mais complémentaires. Chacune des étapes est composée d'apprentissages critiques. Ces apprentissages sont dits critiques puisqu'ils ont un caractère irréversible et indiquent que sur le plan cognitif, l'apprenante a intégré de nouveaux apprentissages (Tardif, 2006).

Le modèle a été construit à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées avec des étudiantes de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année inscrites dans un programme de baccalauréat en sciences infirmières ainsi que des infirmières débutantes et expertes en pratique clinique. Durant les entrevues, les participantes ont été sollicitées pour définir le leadership clinique infirmier, décrire des situations où elles auraient démontré du leadership clinique infirmier dans leur pratique et auraient été témoins de leadership clinique infirmier dans la pratique d'une collègue (Pepin et al., 2011).

Pepin et al. (2011), inspirés de la définition théorique du leadership clinique infirmier de Cook (2001a) et de Cook et Leathard (2004), définissent le leadership clinique infirmier comme: « une compétence professionnelle démontrée dans la pratique clinique qui pousse cette dernière à influencer d'autres pour l'amélioration continue des soins » (traduction libre, p. 269). D'une influence ressentie d'abord au plan local (auprès de ses pairs), les effets de cette influence peuvent s'étendre au-delà de l'organisation de santé lorsque la compétence est développée jusqu'au plus haut niveau du modèle.

À la première étape du modèle cognitif, l'étudiante infirmière prend conscience que le leadership existe au sein de la profession ; elle distingue les caractéristiques des leaders de celles des non-leaders. À la deuxième étape, il y a un retour vers soi et ses propres actions. L'étudiante (ou l'infirmière) commence à intégrer le leadership dans ses actions en s'affirmant dans son rôle professionnel. À l'étape 3, l'infirmière exprime son leadership clinique infirmier d'abord auprès des familles et parfois auprès de ses collègues. À l'étape 4, le leadership clinique est intégré à la pratique infirmière. À la dernière étape, l'impact du leadership s'étend au-delà de l'organisation de santé.

Aux États-Unis, Komives et al. (2005) ont mené une étude sur le développement d'une identité de leadership chez des étudiantes universitaires. Cette équipe a cherché à comprendre comment la capacité de leadership relationnel et l'identité de leadership se créent et évoluent chez les étudiantes. Dans l'article, le leadership relationnel est défini comme un « processus relationnel qui a lieu entre des personnes qui travaillent ensemble pour réaliser un changement ou pour faire une différence pour le bien commun » [traduction libre] (Komives et al., 2005, p. 594).

Même si cette étude ne porte pas sur le leadership clinique infirmier, elle permet de dresser un parallèle important avec le modèle de Pepin et al. (2011) malgré des différences de population et de méthodes de recherche. Le modèle de développement de l'identité de leadership a été conçu à l'aide d'un devis qualitatif de théorisation ancrée dans la tradition de Strauss et Corbin. Treize étudiantes universitaires (8 hommes, 5 femmes) identifiées comme des leaders par le personnel de l'université ont été rencontrées trois fois pour des entrevues individuelles. Ces étudiantes avaient des profils différents au niveau de leur programme d'études, leur origine ethnique, leurs croyances religieuses et leurs années d'études. Les trois entrevues ont servi 1) à tracer les diverses expériences de vie de l'étudiante en lien avec le développement de leur leadership ; 2) à explorer leur expérience de leadership et de travail en équipe et ; 3) à explorer comment leur perception du leadership avait changé avec le temps et les facteurs qui avaient influencé ces changements. Ces entrevues ont mené au développement d'un modèle divisé en six stades.

Au premier stade, nommé « prise de conscience », le leadership est considéré un phénomène extérieur à l'étudiante : ce sont d'autres personnes qui sont des leaders.

L'étudiante ne s'identifie pas comme un leader. Au deuxième stade, l'étudiante commence à s'engager dans divers types de projets et d'organisation. Elle fait l'expérience d'être en groupe. Au troisième stade, l'étudiante comprend que le groupe est composé de leaders et de subordonnés. Seul le leader désigné (ex. : capitaine d'une équipe de sport) peut faire preuve de leadership. L'étudiante a une vision hiérarchique du leadership, c'est le leader désigné qui mène. Au quatrième stade, la définition du leadership de l'étudiante commence à s'élargir, chaque personne dans un groupe peut exprimer son leadership sans être formellement désigné le leader du groupe. Le leadership est perçu comme un processus qui a lieu entre les personnes. Le leadership est associé au partage des responsabilités. Chaque membre est responsable de participer au processus de leadership pour soutenir l'atteinte des objectifs fixés par le groupe. À l'avant-dernier stade (étape 5), l'étudiante s'engage dans des sphères plus macroscopiques ; elle travaille pour apporter des changements. Elle souhaite soutenir le développement des autres par le mentorat. Finalement, au sixième stade, le leadership devient un processus quotidien, intégré à l'identité de l'étudiante.

Les modèles de Pepin et al. (2011) et de Komives et al. (2005) présentent plusieurs éléments communs. À la première étape des deux modèles, l'étudiante remarque le leadership des autres. Elle ne s'identifie pas comme un leader. Comme l'explique Komives et al. (2005), l'étudiante commence à prendre conscience que le leadership existe dans son environnement. Pour Pepin et al. (2011), l'étudiante est attentive aux caractéristiques des leaders cliniques infirmiers qu'elle côtoie. Puis, elle progresse vers une vision du leadership moins axée sur les autres et davantage sur elle-même. Elle commence à croire qu'elle peut être un leader et à intégrer le leadership à ses actions. Elle agit ensuite auprès d'un groupe pour démontrer son leadership. L'influence qu'elle exerce continue de se répandre, allant des individus, des pairs, des collègues vers des collectivités. Le leadership fait partie de son identité. Les deux modèles permettent de comprendre que le développement de l'identité du leadership et du leadership clinique infirmier chez des étudiantes universitaires suit une progression similaire. D'un processus identifié comme étant extérieur à l'étudiante, le leadership devient un processus auquel elle peut participer avec des collègues.

Durant les premières étapes du développement du leadership et du leadership clinique infirmier, l'influence des adultes (professeurs, infirmières, conseillers en orientation, parents)

est primordiale ; ceux-ci sont des modèles de rôle et encouragent les étudiantes à s'impliquer dans divers projets. À ce premier stade, la participation à des formations spécifiques sur le leadership et le travail en équipe est aidant. Tout comme Komives et al. (2005), d'autres chercheuses insistent sur l'importance de créer un environnement soutenant où l'étudiante peut se développer comme leader (Cook et Leathard, 2004; Pepin et al., 2011). Cet environnement permet l'interaction avec les collègues (Hendricks et al., 2010; Komives et al., 2005), la réflexion (Freshwater, 2004; Komives et al., 2005) et le travail en équipe dans le but de réaliser un projet (Komives et al., 2005 ; Hendricks et al., 2010).

Ces deux études ont exploré un sujet de recherche peu abordé à ce jour. Toutefois, nous pouvons formuler quelques critiques. Dans l'étude de Pepin et al. (2011), il existait un certain déséquilibre au niveau du nombre de participants. Alors que la distribution se devait d'être 10 participantes pour chacune des cinq catégories (étudiantes de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année, nouvelles infirmières et infirmières expertes) pour un total de 50 participantes, le recrutement a donné une répartition différente (32 étudiantes, 6 nouvelles infirmières et 15 infirmières expertes) pour un total de 53 participantes. Ainsi, seules 6 nouvelles infirmières ont pu être recrutées, laissant planer un doute sur la richesse des données collectées auprès de cette catégorie de participantes.

Aussi, bien que l'article porte sur l'apprentissage du leadership clinique, aucune question du guide d'entrevue présenté dans l'article ne porte spécifiquement sur l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Alors que Pepin et al. (2011) ont opté pour un seul entretien avec un nombre important de participants (n=53), Komives et son équipe (2005) ont choisi d'interviewer un plus petit nombre de participants (n=13) à trois reprises permettant ainsi d'explorer en profondeur le développement du leadership. Le processus de sélection et de recrutement ciblait des étudiantes qui étaient identifiées comme des leaders relationnels par le personnel de l'université choisie. Le processus de sélection des étudiantes n'est pas décrit en détail, mais il est pertinent de s'interroger sur ce processus. Il est à se demander si l'échantillon est représentatif quant au concept théorique du leadership relationnel. En aucun temps, les auteurs ne mentionnent que la définition de leader relationnel a été expliquée au personnel ayant identifié les participantes de l'étude. Dans l'étude de Pepin et al. (2011), les étudiantes participantes n'avaient pas été identifiées comme des leaders cliniques ce qui laissait

plus d'ouverture pour découvrir les diverses expressions du leadership clinique selon des étudiantes et infirmières impliquées dans des soins directs. Les études de Pepin et al. (2011) et Komives et al. (2005) ont toutes deux apporté une contribution importante aux connaissances sur le développement du leadership chez les étudiantes en s'éloignant de la perspective centrée sur le leader désigné et sur la gestion (Dugan, 2011). Ensemble, ces études fournissent une base théorique pour les formatrices qui pourraient s'en inspirer pour développer des activités pédagogiques visant à soutenir le développement du leadership (ou du leadership clinique infirmier) de leurs étudiantes selon le niveau de développement de celles-ci.

La prochaine section présente les travaux empiriques en formation infirmière qui avaient pour but d'évaluer des interventions pédagogiques menant à l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes de 1<sup>er</sup> cycle.

### **2.1.3 Quelles interventions pédagogiques pour le développement du leadership clinique infirmier d'étudiantes infirmières ?**

Cette section débute avec la présentation d'un rapport commandé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada sur les formations au leadership offertes dans les programmes de formation en sciences infirmières. Ce rapport appuie notre argument que la formation au leadership clinique serait mieux servie par un corpus de connaissances spécifiques. Cet argument est fondé sur les travaux antérieurs de Cook et Leathard (2004) et Stanley (2008). Nous enchainons avec la présentation des articles d'Angela Brown (Brown et al., 2015; Brown, Crookes, et al., 2016; Brown et Dewing, 2016; Brown, Dewing, et al., 2016a, 2016b), issus de sa recherche doctorale qui portait sur la formation au leadership clinique infirmier dans les programmes de 1<sup>er</sup> cycle en sciences infirmières. Puis, nous présentons des écrits qui décrivaient des interventions pédagogiques visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes de 1<sup>er</sup> cycle.

En 2005, Kilty a mené une analyse descriptive des programmes, cours et ateliers visant le développement du leadership des infirmières, autant au Canada qu'ailleurs dans le monde. Ce rapport, commandé par l'AIIC, avait comme objectif de déterminer si les activités de formation disponibles étaient adéquates pour former les futures infirmières au leadership. En raison de notre but de recherche, nous mettons l'accent sur les résultats concernant les

activités de formation de 1<sup>er</sup> cycle offertes dans les universités. La stratégie de recherche utilisée par Kilty était la recherche sur les sites web des universités. Il en ressort que 40 des 80 programmes universitaires en sciences infirmières répertoriés par l'auteur offraient un cours sur la gestion ou sur la gestion et le leadership ; il n'est pas question de leadership clinique dans les résultats. Kilty explique qu'aucun de ces cours n'était offert avant la troisième ou quatrième année des programmes de 1<sup>er</sup> cycle et que certains cours étaient plus axés sur la gestion que sur le leadership.

Le rapport de l'AIIC (2005) appuie les propos de Cook et Leathard (2004) et de Stanley (2006b) qui avaient constaté que la formation au leadership clinique infirmier continuait d'être trop fortement influencée par le domaine de la gestion. Comme le constate Stanley (2008), il fut une période où le concept de « leadership infirmier » était utilisé pour décrire le « leadership clinique infirmier » et le terme « gestion infirmier » était interchangeable avec « leadership infirmier ». Citant ses études réalisées en 2006, Stanley affirme que le leadership infirmier et le leadership clinique infirmier sont deux concepts différents. Ainsi, l'apprentissage d'habiletés de gestion peut être complémentaire à l'apprentissage du leadership clinique infirmier, mais n'est pas suffisant pour développer des leaders cliniques infirmiers (Cook et Leathard, 2004). Pour former au leadership clinique infirmier, Cook et Leathard (2004) suggèrent que les formations doivent être contextualisées et adaptées aux milieux cliniques. Cook (2001c) est de l'avis que la préparation au leadership clinique devrait commencer dès le début du parcours académique de toutes les infirmières.

À notre connaissance, la préparation au leadership clinique infirmier des étudiantes de 1<sup>er</sup> cycle n'a pas fait l'objet d'un nombre important d'articles outre les travaux d'Angela Brown, chercheuse australienne. Le premier article de Brown et al. (2015) rapporte les résultats d'un examen de la portée sur le leadership clinique et les programmes de formation infirmière de 1<sup>er</sup> cycle. Leur stratégie de recherche a permis d'identifier 27 publications répondant aux critères d'inclusion de leur examen de la portée (année : 1990-2013 ; langue : anglais). Toutefois, la stratégie de recherche ne s'est pas limitée aux écrits sur le leadership clinique, elle inclut également des termes de recherche en lien avec la gestion. Des 27 articles inclus dans l'examen de la portée, quatre publications abordent le leadership clinique infirmier dans le contexte de la formation de 1<sup>er</sup> cycle. Cet examen de la portée montre que les

interventions pédagogiques formant les étudiantes au leadership clinique infirmier ont fait l'objet de peu d'études. Brown et al. (2015) clôt leur article en affirmant qu'il n'existe pas de consensus par rapport aux meilleures pratiques pour former les étudiantes au leadership clinique tant en matière de contenu que d'organisation dudit contenu.

Suite aux conclusions de leur examen de la portée, Brown, Crookes, et al. (2016) ont réalisé un sondage afin de proposer des éléments de contenu à intégrer à un programme de formation initiale pour soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Un sondage en ligne a été créé en se basant sur la définition du leadership clinique de Millward et Bryan (2005), d'écrits sur le leadership transformationnel de Kouzes et Posner et la typologie des compétences de leadership de Yukl. Le sondage était divisé en trois grandes sections : 1) connaissances ; 2) habiletés et ; 3) comportements. Au total, le sondage était composé de 67 éléments de contenu. Les participantes étaient invitées à évaluer la pertinence de chacun des éléments. Le sondage a été complété par 416 infirmières australiennes œuvrant en milieux clinique et académique. Les résultats du sondage révèlent que plus de la moitié des éléments de contenu (38) ont été jugés comme « très importants » à inclure dans les programmes de formation de 1<sup>er</sup> cycle. Nous listons les trois éléments de contenu cotés les plus importants par les participantes de l'étude pour chacune des sections. Au niveau des connaissances, les participantes ont considéré que les programmes de formation devraient enseigner le rôle de l'infirmière, la sécurité des patients et la santé et sécurité au travail. Au niveau des habiletés, les programmes devraient offrir du contenu sur la communication orale et écrite, la gestion du changement et l'informatique. Au niveau des comportements, le contenu devrait toucher à la responsabilité de l'infirmière, son imputabilité et lui montrer comment éviter des comportements d'intimidation. Dans la publication suivant le sondage, Brown, Dewing, et al. (2016b) proposent un modèle de formation au leadership clinique infirmier pour les programmes de 1<sup>er</sup> cycle.

En introduction de l'article portant sur le modèle de formation, Brown, Dewing, et al. (2016b) soulignent à nouveau le peu de publications portant sur le leadership clinique infirmier et les programmes de 1<sup>er</sup> cycle. Depuis la publication de leur examen de la portée, Brown, Dewing, et al. (2016b) ont recensé 14 articles supplémentaires sur cette thématique, mais aucun d'entre eux ne proposent de contenu à intégrer aux programmes de formation.

Brown, Dewing, et al. (2016b) proposent un modèle théorique pour guider le développement d'un programme de formation de 1<sup>er</sup> cycle visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Le modèle est intitulé *Infinity loop of clinical leadership*. Les appuis théoriques du modèle sont l'apprentissage transformationnel de Mezirow, le savoir émancipatoire de Habermas et le courant critique en éducation. Selon Brown, Dewing, et al. (2016b), le modèle n'est pas à visée prescriptive, mais propose des activités pédagogiques qui prennent appui sur les fondements théoriques mentionnés précédemment et les résultats empiriques du sondage (Brown, Crookes, et al., 2016). Les activités visent l'émancipation de l'étudiante par la connaissance de soi, la prise de conscience de son propre pouvoir d'agir et la mise en action de ce pouvoir. Différentes activités pédagogiques peuvent soutenir ce processus d'émancipation telles des expériences cliniques, des simulations, des journaux réflexifs ou des travaux écrits. Le choix des activités pédagogiques est laissé aux formatrices selon le contenu déjà enseigné dans leur programme, mais devrait être guidé par un objectif. Au terme du programme d'études de 1<sup>er</sup> cycle, l'étudiante leader clinique devrait être en mesure de se mener elle-même (*lead and manage self*) pour offrir des soins centrés sur la Personne (Brown et Dewing, 2016; Brown, Dewing, et al., 2016a).

La contribution des travaux de Brown a été significative dans le domaine de la formation au leadership clinique. À notre connaissance, leur examen de la portée a été le premier à explorer à la fois la thématique du leadership clinique infirmier et les programmes de formation au 1<sup>er</sup> cycle. Les formations que nous avons recensées ont porté surtout sur les formations continues (incluant des programmes de 2<sup>e</sup> cycle) s'adressant à des infirmières déjà en pratique (Ailey et al., 2015; Baernholdt et Cottingham, 2011; Cunningham et Kitson, 2000a, 2000b; Dierckx de Casterlé, Willemse, Verschueren et Milisen, 2008; Ferguson et al., 2016; Patton et al., 2013; Tornabeni, 2006). Brown et son équipe se sont aussi penchés sur les aspects plus microscopiques de la formation pouvant contribuer à l'apprentissage du leadership clinique infirmier en proposant du contenu pour un programme de 1<sup>er</sup> cycle. Toutefois, leur modèle de formation au leadership clinique infirmier demeure théorique et jusqu'à ce jour, aucune donnée d'évaluation découlant de l'application du modèle n'est disponible (Brown, Dewing, et al., 2016a).



En effet, il est surprenant de constater, d'une part, l'importance accordée au développement du leadership clinique infirmier pour des soins de qualité et d'autre part, le manque d'études portant sur les moyens pour former les étudiantes à cette compétence. À cet égard, nous avons voulu compléter l'examen de la portée de Brown et al. (2015) en examinant les études qui ont évalué les interventions pédagogiques formant les étudiantes de 1<sup>er</sup> cycle au leadership clinique infirmier. Contrairement à Brown et son équipe, notre stratégie de recherche n'a pas inclus des mots-clés en lien avec la gestion afin de cibler plus spécifiquement le leadership clinique infirmier.

Avant la publication de Brown et al. (2015), une recherche dans les bases de données couvrant la période de 1990 à 2011 avait permis d'identifier que trois publications portant sur des interventions pédagogiques visant l'apprentissage spécifique du leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières (Kling, 2010; Lekan et al., 2011; Schoenfelder et Valde, 2009). Ces études rapportaient toutes des innovations pédagogiques qui avaient été implantées et évaluées dans des programmes de formation infirmière. Une deuxième recherche dans les bases de données pour la période entre 2011 et 2017 a permis d'ajouter une publication (Gore et al., 2015).

Les activités de Schoenfelder et Valde (2009), Kling (2010) et Lekan et al. (2011) étaient explicitement libellées comme des « activités pédagogiques sur le leadership clinique ». Une lecture attentive de l'article de Gore et al. (2015) a permis d'identifier le leadership clinique comme étant la compétence visée par l'intervention pédagogique bien que le titre de l'article réfère seulement au leadership infirmier. Ces quatre articles ont été analysés en tenant compte des définitions du leadership clinique infirmier utilisées, des participantes à la recherche, des stratégies d'enseignement et des méthodes d'évaluation. Les articles sont présentés en ordre chronologique de publication. Une critique de l'ensemble de ces études suit leur présentation.

Schoenfelder et Valde (2009) ont développé un stage en milieu rural pour des étudiantes américaines à mi-parcours de leur baccalauréat. Après avoir complété les cours préalables au stage, dont un portait sur le leadership, les étudiantes (n = non rapporté) ont participé à ce stage où elles étaient jumelées à une infirmière ayant un rôle de leader. Des directrices de soins infirmiers ont accepté d'accompagner les étudiantes durant ce stage. Les

étudiantes ont aussi observé une infirmière praticienne spécialisée et ont participé à des événements dans la communauté (ex. : atelier sur la cessation tabagique). Tout au long du stage, les étudiantes rédigeaient un journal réflexif sur leur expérience qui a ensuite servi d'outil d'évaluation. Les étudiantes y consignaient leurs forces et leurs points à améliorer en lien avec leur propre leadership. Elles devaient également expliquer comment les infirmières qu'elles avaient rencontrées démontraient du leadership. L'analyse des journaux réflexifs a permis aux chercheuses de constater que le stage amenait les étudiantes à avoir une vision plus systémique des soins communautaires tout en prenant conscience de l'influence des politiques publiques sur les décisions de soins et les soins aux patients.

De son côté, à partir de commentaires de la part d'étudiantes infirmières sur le manque d'activités pour mettre en pratique leurs habiletés de leadership et de gestion, Kling (2010) a conçu une intervention pédagogique qui pallierait cette difficulté. L'activité a été mise à l'essai dans un programme de baccalauréat d'une université américaine. Des étudiantes à la fin de leur deuxième année de baccalauréat (*senior student*) avaient l'occasion de mettre en pratique leurs habiletés de délégation, de coordination, de prise de décision, de résolution de problèmes, d'évaluation des soins et d'enseignement. À l'aide de la théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984), Kling a intégré son activité à un cours de leadership et de gestion. Chaque étudiante « sénior » était jumelée à une étudiante de 1<sup>re</sup> année et faisait l'expérience d'être préceptrice. Des 36 participantes, 34 ont évalué l'intervention en répondant au questionnaire d'évaluation qui était composé d'une échelle de type Likert. Le questionnaire était composé d'énoncés portant sur: l'appréciation de l'activité, la pertinence de l'activité en lien avec les objectifs du cours de leadership et gestion et leur intérêt à occuper un rôle d'infirmière éducatrice. Les résultats de l'évaluation indiquent que l'expérience a été positive : 75,5% des participantes séniors ont apprécié leur expérience d'être préceptrice ; la majorité des répondantes (>70%) ont trouvé que l'expérience a soutenu le développement de leurs habiletés de délégation et de coordination, de prise de décision et de résolution de problèmes et ; 69,7% des répondantes ont manifesté leur intérêt à devenir infirmière éducatrice suite à cette expérience. L'accompagnement de leurs pairs a occasionné une prise de conscience chez les étudiantes séniors. Elles ont pu agir à titre de personne-ressource et réaliser tous leurs acquis depuis le début de leur programme.

Encore en sol américain, Lekan et al. (2011) ont développé un module intitulé *Clinical Leadership Education Innovation* (CLEI). Ce module a été implanté dans un cours de gérontologie offert à la dernière session d'un baccalauréat accéléré en sciences infirmières de deux ans. Le module visait le développement de la compétence « impliquer, éduquer, et superviser l'implantation des meilleures pratiques auprès de personnes âgées, par des membres de la famille, amies et personnel paraprofessionnel » (traduction libre, p. 203). Après avoir complété des capsules en ligne, des lectures sur le leadership, un cours magistral d'une heure et un stage clinique de huit heures, les étudiantes du cours (n=56) évaluaient un patient âgé souffrant d'insuffisance cardiaque et organisaient une séance d'enseignement à la clientèle avec le patient et une infirmière auxiliaire. Avant et après la séance d'enseignement, l'étudiante menait une rencontre avec l'infirmière auxiliaire pour discuter de la situation du patient tout en présentant à l'infirmière auxiliaire un outil clinique pour l'aider à évaluer les signes et symptômes du patient. L'évaluation du CLEI était divisée en deux parties : une appréciation des stratégies d'enseignement en lien avec les aspects cliniques et celles utilisées pour l'apprentissage du leadership. Seule l'évaluation des stratégies d'enseignement sur le leadership est rapportée ici.

La composante « leadership » du modèle CLEI a été évaluée grâce à un questionnaire sur l'habileté à déléguer et superviser et un journal réflexif complétés par l'étudiante. Le questionnaire *RN Delegation and Supervision Scale* développé par Young et collègues en 1998 a été utilisé. Le questionnaire a été complété pré-post test par 40 des 56 participantes. Ce questionnaire est divisé en deux échelles. Seuls les résultats de la première échelle qui traite du niveau de préparation à déléguer ont été analysés par Lekan et al. (2011). Cette sous-échelle avait un alpha de Cronbach de 0.76 ce qui indique que l'instrument mesurait de manière fiable la capacité à déléguer (Streiner, 2003). Un coefficient de Cronbach insuffisant ( $\alpha = .37$ ) a obligé les chercheuses à retirer les résultats de l'échelle de supervision de leur étude. Aucune différence statistiquement significative n'a été signalée quant au niveau de préparation à déléguer en comparant les scores pré et post-test.

L'analyse de contenu des journaux réflexifs a permis aux chercheuses de constater les difficultés de communication vécues par les étudiantes. Certaines étudiantes ont ressenti un manque de confiance et de crédibilité face à l'infirmière auxiliaire ce qui a contribué aux

difficultés de communication. Même si aucune différence significative n'a été rapportée pré et post-test, le module a tout de même été utilisé à deux autres reprises. Les chercheuses considèrent que le module oblige un partenariat entre les milieux académique et clinique, qui est essentiel au développement d'infirmières leaders agentes de changement.

Quant à eux, Gore et al. (2015) ont procédé à une étude descriptive corrélationnelle pour comparer l'effet de deux interventions pédagogiques sur le développement du leadership clinique d'étudiantes américaines, soit un stage en milieu clinique et une simulation. Gore et al. (2015) ont utilisé la théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb, tout comme Kling (2010). Les 155 participantes de l'étude étaient des étudiantes inscrites à un cours obligatoire sur le leadership à leur cinquième session d'un baccalauréat en sciences infirmières. Toutes les participantes ont fait l'expérience des deux interventions pédagogiques, avec un séquençage différent : un groupe réalisait leur stage suivi d'une simulation et l'autre groupe réalisait la séquence inverse. L'outil d'évaluation était le *Leighton Clinical Learning Environments Comparison Survey*, un questionnaire à 29 items qui mesurait les perceptions de l'étudiante quant à l'environnement d'apprentissage et comment ce dernier répond à ses besoins d'apprentissage. L'outil développé et validé par Leighton (2015) mesurait la perception de l'étudiante quant à son auto-efficacité, son holisme, son raisonnement infirmier, sa pensée critique, sa communication et la dyade enseignante-étudiante. Pour mesurer le leadership clinique, les items portant sur l'auto-efficacité, l'holisme, le raisonnement infirmier et la pensée critique ont été regroupés ensemble. L'auto-efficacité examine la confiance et la capacité de l'étudiante à réagir calmement à des événements stressants ; l'holisme examine la capacité de l'étudiante à explorer les différents besoins du patient et d'évaluer les résultats aux patients découlant des interventions infirmières ; le raisonnement infirmier fait référence à la compréhension de la situation de santé du patient et les interventions à prioriser ; la pensée critique examine la capacité à anticiper les changements dans la situation de santé du patient et à réagir de manière convenable. L'alpha de Cronbach pour chacune des sous-échelles variait entre 0.83 et 0.94. La comparaison des résultats entre le stage clinique et la simulation ne montre aucune différence statistiquement significative pour le leadership clinique infirmier, ce qui indique que ces deux interventions pédagogiques ont eu des effets similaires sur cette compétence. L'outil d'évaluation utilisé a été développé pour comparer deux interventions

pédagogiques, mais ne permet pas de cibler l'effet de ces différentes stratégies sur l'apprentissage du leadership clinique infirmier.

Des quatre études présentées qui ont porté sur des activités pédagogiques visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes universitaires, aucune étude n'a explicitement défini le leadership clinique infirmier, une tendance dans les écrits sur le leadership que Komives et al. (2011) critiquent. Ce même constat a été rapporté dans la revue intégrative de Stanley et Stanley (2018) qui avaient trouvé seulement trois définitions dans les 27 articles recensés sur le leadership clinique. Une définition claire du leadership clinique infirmier permet aux chercheuses de choisir des interventions pédagogiques et des méthodes d'évaluation cohérentes avec la définition choisie.

Dans l'ensemble des études, les outils d'évaluation utilisés n'étaient pas spécifiques au leadership clinique infirmier, mais constituaient tout de même un indicateur des habiletés requises pour faire preuve de leadership. Deux études (Gore et al., 2015; Kling, 2010) font référence aux habiletés à évaluer le patient, à évaluer les soins donnés et à résoudre des problèmes. Trois des études associent les habiletés de délégation, d'enseignement (à la clientèle ou à des collègues), de coordination ou de supervision des soins au leadership (Kling, 2010; Lekan et al., 2011; Schoenfelder & Valde, 2009). Ces habiletés recoupent celles mentionnées dans les études qui ont exploré le concept de leadership clinique infirmier, notamment les habiletés cliniques (Burns, 2009c; Stanley, 2006b) et la coordination des soins (Supamanee et al., 2011). Finalement, dans une étude, la prise de conscience du leadership dans la profession infirmière, de ses propres forces et faiblesses et de l'influence du contexte politique sur les soins, constitue des étapes essentielles au développement du leadership (Schoenfelder et Valde, 2009). Les stratégies d'enseignement utilisées dans chacune de ces cinq études ont varié en fonction des habiletés à développer chez l'étudiante.

Malgré des différences sur la façon de concevoir le leadership clinique, ces quatre études convergent vers des stratégies d'enseignement actives. Dans l'ensemble des études, l'étudiante était appelée à participer à sa propre formation en s'impliquant dans des projets communautaires (Schoenfelder et Valde, 2009), à agir à titre de préceptrice auprès de ses pairs (Kling, 2010), à travailler en équipe pour soigner un patient (Gore et al., 2015; Lekan et al., 2011). Elle a été appelée à réaliser de la pratique réflexive, un outil essentiel pour le

développement du leadership clinique selon Freshwater (2004), et elle a observé des leaders infirmiers (Schoenfelder et Valde, 2009), une activité qui peut contribuer au développement du leadership clinique infirmier (Kalb, O'Conner-Von, Schipper, Watkins et Yetter, 2012; Pepin et al., 2011). L'utilisation de cours magistraux a été minimale et souvent combinée à d'autres stratégies d'enseignement plus actives comme dans le cas de Lekan et al. (2011) qui ont jumelé un cours magistral à un jeu de rôle.

Enfin, aucune des activités pédagogiques présentées n'a été conçue ou offerte à des étudiantes infirmières de première année universitaire. Kling (2010) a recruté 36 étudiantes à la fin de leur deuxième année de baccalauréat. Lekan et al. (2011) ont recruté 56 étudiantes inscrites à leur quatrième session (2<sup>e</sup> année); Gore et al. (2015) a recruté 155 étudiantes en cinquième session (2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année). Finalement, Schoenfelder et Valde (2009) n'ont pas rapporté le nombre de participantes. Dans l'analyse de programmes canadiens formant au leadership infirmier (AIIC, 2005), Kilty avait noté que les cours sur le leadership étaient offerts soit à la troisième ou à la quatrième année des programmes d'études, une tendance qui semble se maintenir dans les études sur le leadership clinique infirmier.

En résumé, nous avons répertorié quatre études qui se sont intéressées à la formation au leadership clinique des étudiantes infirmières. Les conceptions du leadership divergent dans ces études. Une diversité d'activités pédagogiques a été utilisée pour soutenir l'apprentissage du leadership clinique par les étudiantes : stage clinique, capsules en ligne, simulation, séance d'enseignement à la clientèle, expérience de préceptorat auprès de pairs. Ceci renforce le constat de Brown et al. (2015) que les écrits n'offrent pas d'approches à privilégier pour le développement du leadership clinique infirmier d'étudiantes infirmières. Par ailleurs, une homogénéité a été constatée au niveau des années d'études des participantes de ces études.

Dans la prochaine section, nous présentons un manuscrit qui rapporte les résultats d'un examen de la portée (*scoping review*) que nous avons mené sur l'utilisation de la voix étudiante en formation infirmière. Ces résultats soulignent la manière dont le choix et le développement d'activités pédagogiques peuvent devenir une responsabilité partagée entre étudiantes et formatrices et émerger de leurs interactions.

## **2.1.4 Utilisation de la perspective de la voix étudiante dans la formation infirmière**

En introduction de la thèse, nous avons brièvement présenté l'émergence d'une nouvelle pratique qui invite les étudiantes à s'engager dans le processus décisionnel dans le domaine de la formation. Cette pratique se nomme *student voice work*. La perspective de la voix étudiante encourage une plus grande collaboration entre les décideurs, les formatrices et les étudiantes lors de la construction, l'analyse et l'évaluation de cours, programmes, ou autres aspects liés à l'expérience éducative (Bovill et al., 2011; Cook-Sather, 2006; Roberts et Bolstad, 2010).

L'article I, présenté dans cette section, rapporte les résultats d'un examen de la portée (*scoping review*) qui a été réalisé selon la méthode adaptée d'Arksey et O'Malley (2005). Le but de l'examen de la portée était de comprendre comment la voix étudiante est sollicitée et mise en action dans les programmes de formation en sciences infirmières. Treize documents (10 articles et trois thèses doctorales) publiés en français ou en anglais entre 1994 et 2017 ont composé l'échantillon de ce *scoping review*. L'article a été soumis pour publication en 2018 à une revue scientifique. La preuve de soumission est disponible à l'Annexe A. L'article présente la méthode qui a été utilisée pour mener l'examen de la portée, les résultats de la recherche dans les bases de données et la procédure de composition de l'échantillon. L'analyse des 13 documents a permis de dresser un large éventail de pratiques entourant la mise en action de la voix étudiante dans les programmes de formation en sciences infirmières et le manque d'évaluation lié à ces pratiques.

### **ARTICLE I: Transformational student voice work in nursing education: a scoping review of the literature**

#### **Abstract**

Background: The consideration of student perspectives on issues related to their learning experiences has been called student voice. Student voice's objective is to have a transformative impact on teaching practices, curriculum development and educational

research. By conducting a scoping review of the literature, we sought to explore how student voice work is enacted in nursing education.

**Design:** An adaptation of Arksey and O'Malley's (2005) scoping review framework was used. Papers that focused on transformational student voice work were retrieved.

**Results:** The literature search yielded 13 papers. Student voice work was enacted in a wide array of activities with students becoming academic developers, academic event organizers, or co-researchers. In all cases, students collaborated with faculty members. All reported outcomes from student voice projects were decidedly positive but were seldomly the result of evaluative research. More research is needed to demonstrate that student voice responds to its transformational objective.

**Keywords:** Student voice, nursing students, scoping review, knowledge synthesis

## **Background**

Engaging students in learning, teaching, curriculum design, and research has become a prevalent practice in higher education with the emergence of student-centered learning environments (Young and Maxwell, 2007) and student voice-based work. Various definitions of "student voice" exist with no agreement on a single definition (Subramanian, Anderson, Morgaine, and Thomson, 2012). Definitions of the concept tend to center around the elicitation of student perspectives on various topics related to their learning experience. In theory, giving voice to these perspectives has "a transformative impact on teaching practices and curriculum development" (Seale, 2010, p. 996) and educational research (Healy, Flint and Harrington, 2014). Fielding (2001) purported that student voice should contribute to democratizing education by empowering students. However, in practice, student voices projects have been reported as tokenistic, as a response to quality assurance imperatives (Lodge, 2005; Robinson and Taylor, 2013). Specifically, the lack of translation of student consultation into action and lack of communication back to students on changes made have been cited (Subramanian et al., 2012). Several authors have also been critical of certain arrangements for student voice in their inability to provide sufficient opportunity for students to influence their own education. These arrangements for student voice have included students as representatives on faculty committees (Mercer-Mapstone et al., 2017) or as sources of



information (Bassett, Cleveland, Acorn, Nix, and Snyder, 2017). In patient engagement research, Palmer et al. (2018) explained that inaction following engagement with the lived experiences of individuals can lead to disappointment and feelings of devaluation. Hence, it is imperative that the expression of student voice lead to mobilization or co-production of change.

Several authors have classified student voice projects by using either the domain of student participation or the level of student participation. Fielding (2001) proposed four levels of student involvement: students as data source (level 1), students as active respondents (level 2), students as co-researchers (level 3), and students as researchers (level 4). Fielding (2001) argues for the morality of investing in students as researchers (level 4) and emphasizes this level's transformative potential: "Students as researchers valorizes and extends a transformative notion of education at the heart of which lies the commitment to teaching and learning as a genuinely shared responsibility." (p. 137). Healy et al. (2014) developed a four-quadrant model to describe areas in which students can become engaged as partners: 1) learning, teaching, and assessment; 2) curriculum design and pedagogic consultancy; 3) subject-based research and inquiry and 4) scholarship of teaching and learning.

Other researchers have developed participation scales. Bovill and Bulley (2011) adapted Arnstein's model of citizen participation (1969) to represent eight potential levels of active student participation in curriculum design. The model is represented as a ladder, with student participation increasing and tutor control decreasing according to the height of the rung. At the lowest rung, there is no student participation, while at the highest rung, students gain complete control with no tutor intervention. Bovill and Bulley (2011) suggest that this highest rung is neither desirable nor feasible in the context of higher education. Rather they underline the importance of context, much like Fielding (2001), in determining which level of active student participation is most appropriate.

Toshalis and Nakkula (2012) developed a spectrum of student voice oriented activity. The spectrum is divided into six different labels that read from left to right: Expression (students volunteer opinions), Consultation (students are asked for their opinions), Participation (students attend meetings where decisions are made), Partnership (students occupy a formalized role in decision making), Activism (students identify problems, generate

solutions, organize responses) and Leadership (students co-plan, co-decide and are co-responsible for outcomes).

The use of student voice in nursing education programs is currently unclear, as evidenced by a search for an existing review in the CINAHL database that yielded no results. Seale (2010) does provide a review of student voice projects in the context of higher education in the United Kingdom, but not specific to nursing. She underlines that most work on student voice has been reported in conference papers, institutional and project reports, which points to a lack of formal research on student voice, suggesting the field is under-developed. A recent systematic review by Mercer-Mapstone et al. (2017) explored “Students as Partners”, a form of student voice where students and academics collaborate on teaching and learning in higher education. Of the 65 articles included in the review, none were published in nursing journals although this does not conclude that nursing student participation was absent from these projects. By their own admission, the authors reported that a systematic database search was not conducted, perhaps limiting the review’s extensiveness. The review does outline that student voice projects are being carried out in different disciplinary contexts with a variety of practices and outcomes.

The practice of student voice has started to expand in higher education, however no readily available review could be found on how student voice is practiced in nursing education programs. Such knowledge is important in the context of nursing as nurses are called upon to strengthen their voices to improve healthcare systems (Meleis, 2015; Scott, 2011; Shamian, 2016). Education programs play an essential role in developing nurses’ student voice (Bradbury-Jones, Sambrook, and Irvine, 2011). Nurses who develop the ability to use their voice can help improve communication, recovery from errors and prevent adverse events for patients (Okuyama, Wagner, and Bijnen, 2014). It has been reported that nursing students have difficulty exercising their voice during clinical placements, choosing to stay silent instead of reporting sub-optimal practices they witness (Bradbury-Jones et al., 2011). Strengthening nurses’ voice should begin during student nurse education (Bradbury-Jones et al., 2011). Giving student nurses the opportunity to speak up and have their opinion valued by faculty and academic staff is an important step to developing their self-confidence and is essential to developing leadership in students (Komives, Longersbeam, Owen, Mainella, and

Osteen, 2006). Participation in decision-making can contribute to skill development that will enable students to become active professionals and citizens (Black et al., 2014).

## **Methods**

This study is based on Arksey and O'Malley's (2005) framework on scoping review. Since publication of this framework, several teams of researchers (Colquhoun et al., 2014; Daudt, van Mossel, and Scott, 2013; Levac, Colquhoun, and O'Brien, 2010; Pham et al., 2014) have advanced the methodology by improving both its rigor and consistency (Cacchione, 2016). Arksey and O'Malley's (2005) framework was used as a foundation for this study; while recommendations from Levac et al. (2010), Daudt et al. (2013) and Joanna Briggs Institute (2015) were applied to adapt the framework.

***Step 1: Clarifying the research question.*** While establishing the research question, the purpose of the study and the intended outcome of the review were mutually considered (Levac et al., 2010) and the concept and target population were clarified (Daudt et al., 2013). Of the proposed purposes of a scoping review by Arksey and O'Malley (2005), our review examined the extent, range, and nature of publication activity (not limited to research) on student voice in nursing education.

Inspired by Seale's (2010) description of the aim of student voice projects, the research question guiding this review was: How is transformational student voice projects in nursing programs presented in the existing literature?

The main concept of the review was transformational student voice projects, which refers to projects in which students are asked to share their views on their educational experiences with the expected outcome of action or transformation in courses, programs, or educational research. In accordance with Bovill and Bulley (2011), this research subscribes to the view that students should not be led to believe that their participation will lead to change if this change is not enacted. The target "population" was publications that mentioned student nurses who were involved in student voice initiatives.

***Step 2: Identifying relevant publications.*** This step involved searching for evidence using different sources (Arksey and O'Malley, 2005) that included any existing literature (Joanna

Briggs Institute, 2015). An experienced librarian specializing in the health sciences assisted in the search, balancing comprehensiveness of the database search with manageability of search results (Morris, Boruff, and Gore, 2016). The search was carried out from June 2017 to September 2017.

The librarian was provided with “seed” articles to help build the search strategy (Morris et al., 2016). The CINAHL and MEDLINE databases were initially searched followed by an analysis of words contained in the title and abstract of retrieved articles and of their keywords (Joanna Briggs Institute, 2015). The search strategy was revised, adapted, and then executed in the following databases: EMBASE, The Cochrane Library, ERIC, PsycInfo, and Social Sciences Citation Index, CINAHL and MEDLINE. In addition, grey literature was searched to identify difficult to locate or unpublished studies using the Agency for Healthcare Research and Quality, Greylit.org, Open Grey and Greynet.

The search query consisted of the following terms with the use of boolean and proximity operators when needed: student voice, student collaboration, student partners, student consultants, student engagement, student initiatives, faculty-student relations, coconstruction, cocreation, co-creation. The search was tailored to each specific database. The search was limited to literature in English or French with no limits on year. Search alerts were programmed to keep abreast of new publications. The reference list of all included publications was consulted for additional papers (backward searching). Results from the data search were exported to Endnote X8, a reference management software.

***Step 3: Selecting articles.*** Eligibility criteria were determined before undertaking the search strategy and are found in Table 1.

Table 1 - Publication Eligibility Criteria

<b>Category</b>	<b>Inclusion criteria</b>	<b>Exclusion criteria</b>
Types of publications	Published articles found in pre-determined databases Studies or project reports Thesis or dissertations Publications in repositories Systematic reviews, meta-analyses and other types of reviews	Conference abstracts, posters Theoretical articles Publications too difficult to retrieve
Topics	Student voice projects in the academic or clinical setting	Studies that gather data on student performance
Research design	All designs	
Languages	French or English	Other languages
Year of publication	No limits	

The database search resulted in 2,929 citations once duplicates were removed. The grey literature search yielded one result. Three rounds of screening were undertaken. An initial screening of titles and abstracts reduced the potential relevant articles to 376. Reasons for exclusion were: articles that presented students’ characteristics, student opinion editorials or tips and guides for students.

In the second round of screening, two independent researchers screened titles and abstracts with a third researcher intervening in cases of disagreement. If agreement could not be found based on titles and abstracts, publications were promoted to full text review. One of the most cited reasons for exclusion during this second round was: students were used as data sources to comment on their courses, curriculum or programs.

A sample consisting of 38 publications was imported into Distiller SR for full paper analysis. Most articles removed during this third stage described the elicitation of student feedback but did not explain how this feedback was used. Exclusion of these publications was consistent with this research’s definition of the concept, publications where student participation and engagement that does not produce action should be excluded from the understanding of student voice. Backward searching added 2 publications. The final sample consisted of 13 publications reporting on transformational student voice projects in nursing education. The flow of articles through identification to inclusion is presented in Figure 1.

**Step 4: Charting the data.** A data charting form was developed and tested with the help of five independent researchers. Each researcher was assigned one publication to test the form for clarity and to ensure that data relevant to the review’s purpose would be extracted. For included articles, data extracted included authors, year of publication, continent of origin, record type, study/project aim, reason for undertaking student voice projects, number of student participants, student role and outcomes of student voice. As recommended in the Joanna Briggs Institute (2015) manual on scoping reviews, quality appraisal of articles was not conducted. The final step of the framework was to collate, summarize, and report the results.

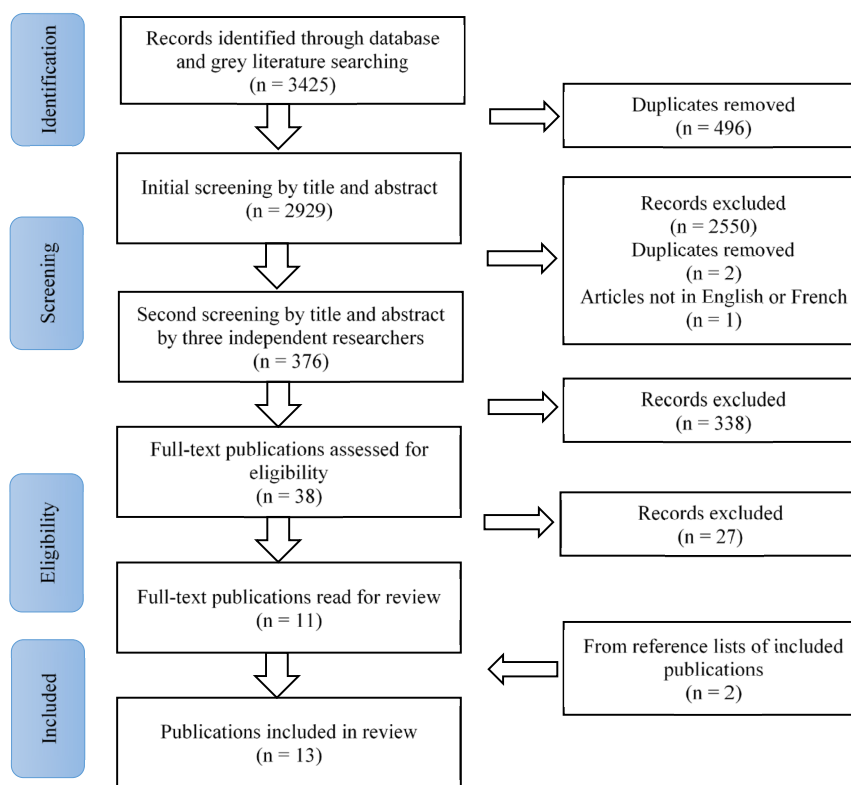


Figure 1. PRISMA flowchart of publication selection process

## Results

All papers were published between 1994 and 2017, with 46% being published between 2012-2017. Most publications reported student voice projects in North America (62%). Authors were most often educators, members of a clinical setting, or researchers (77%) with three publications authored collaboratively by a group of students and educators/researchers

(23%). There were no publications authored by students alone. Ten publications were journal articles and three were doctoral dissertations. Five of the 13 publications reported student voice projects that were not studies. Eight reported results from studies, with seven of these publications from qualitative study designs and one from a mixed methods design. A variety of methods were reported in the eight research publications: action research (n=4), case study (n=1), explorative qualitative with participatory design (n=1), interpretive approach (n=1), and research and development (n=1). All publications reported a single site study or project.

Various terminology was used to describe student voice. Four publications used the term “student voice.” Terms such as “student partnership,” “student feedback,” “student contribution,” “student involvement” were also present and often used in combination with other terms. Three publications used “collaboration” and two publications used the prefix “co” to describe their work (co-creation and co-construction).

***Rationale for undertaking student voice projects.*** Authors cited various reasons for undertaking student voice projects. In general, authors perceived that students’ perspectives were valuable and could contribute to improving some aspect of learning, teaching or research (Cook, 2017; Cunningham, Chambers, Howard, and Schenk, 1994; Diekelmann, 2004; Ha and Pepin, 2017; Hofmeyer and Cecchin, 2001; Maykut, Lee, Argueta, Grant, and Miller, 2016; Moch and Cronje, 2010; Nelson, 1995; Palazzo, Westmoreland, Miller, and Salvatierra, 2016; Rogers, 2002). Several publications invoked student voice projects as the enactment of theories related to feminism (Cunningham et al., 1994; Nelson, 1995), student empowerment (Cook, 2017; Cunningham et al., 1994; Prowse, 1998) or learner/person-centeredness (Haraldseid, Friberg, and Aase, 2016; Prowse, 1998) or virtue ethics (Hofmeyer and Cecchin, 2001).

***Participants and types of participation.*** In publications that reported number of participants (n=9), student voice projects involved 10 or less students (n=6), between 10 and 20 (n=1) students or 20 or more participants (n=2). One longitudinal mixed methods study totaled more than 500 participants (Cook, 2017). However, of this number, only four students were actively involved as collaborators in the project, the remaining students were survey participants (Cook, 2017). When reported, the number of faculty that collaborated with students ranged

from one to 11. Most publications (n=5) involved one member of faculty, two projects involved two to four members and two publications involved five or more collaborators from academic/practice staff. Four publications did not clearly report number of participants (faculty or students).

To facilitate analysis, types of participation were classified into three categories: course, program or educational research process. In some publications, students were research participants, but they were not involved in the educational research process per se. In these cases, students were classified according to their contribution (course or program level). Data related to student roles and main outcomes from student voice projects are presented in Table 2 with the perceptions of participants also detailed. Publications are presented in alphabetical order.

Five publications reported students occupying a course level role. At this level, students were most often feedback providers for existing courses (Cunningham et al., 1994; Diekelmann, 2004; Palazzo et al., 2016) or a form of learning resources for a particular course (Haraldseid et al., 2016). In one exception, students formed a collaborative group with an educator to decide the learning activities in their course, starting from an almost blank slate (Prowse, 1998). In five publications, students were involved at the program level, meaning that they participated in projects that were not directly related to specific courses (Cook, 2017; Ha and Pepin, 2017; Haines and McGown, 2014; Moch and Cronje, 2010; Nelson, 1995; Rogers, 2002). Two of these publications described projects aimed at improving clinical practice (Haines and McGown, 2014; Moch and Cronje, 2010). An example of student voice used at the program level was the involvement of students during the organization of a trust welcome day for students who were starting their clinical placements (Haines and McGown, 2014). In the three publications that reported student voice projects in the educational research process, students were data analyzers (Cook, 2017), focus group facilitators, research finding disseminators (Maykut et al., 2016) and instrument co-designers (Hofmeyer and Cecchin, 2001).

***Outcomes of student voice projects.*** All publications described the benefits of student voice projects. Authors often appraised their own work and, in some cases, data was collected from



participants (see Table 2, outcomes with an asterisk). Almost all authors presented reflections on the process of student voice projects (Cook, 2017; Cunningham et al., 1994; Diekelmann, 2004; Haines and McGown, 2014; Haraldseid et al., 2016; Hofmeyer and Cecchin, 2001; Nelson, 1995; Palazzo et al., 2016; Prowse, 1998; Rogers, 2002) and identified positive outcomes from this process. It was reported that student voice allowed dialogue and improved communication between students and different educational stakeholders (Cook, 2017; Cunningham et al., 1994; Diekelmann, 2004; Ha and Pepin, 2017; Haines and McGown, 2014; Maykut et al., 2016; Moch and Cronje, 2010; Nelson, 1995; Palazzo et al., 2016). By being involved in dialogue, students and faculty discovered each other's worldview (Cook, 2017; Diekelmann, 2004; Ha and Pepin, 2017). Students developed positive feelings towards educators such as trust, feeling supported and respected (Cunningham et al., 1994; Palazzo et al., 2016).

In addition, students' participation in these projects helped them feel empowered (Cook, 2017; Prowse, 1998), supported the development of their leadership (Ha and Pepin, 2017), positive self-concept, creativity, communication skills and confidence (Cunningham et al., 1994). Student voice also gave students the opportunity to influence and drive change (Cook, 2017; Ha and Pepin, 2017; Moch and Cronje, 2010; Rogers, 2002). When formal evaluations occurred, the outcomes of student voice projects led to learning activities that better met students' needs (Haraldseid et al., 2016), improved existing learning activities (Cook, 2017; Rogers, 2002), participants' satisfaction (Moch and Cronje, 2010) and provided students and educators the unique opportunity to work collaboratively to enact positive change in a program (Ha and Pepin, 2017).

In response to the question guiding this review "What does the existing literature tell us about how transformational student voice is enacted in nursing programs?" the 13 included publications showed that nursing students occupied a wide variety of roles. Students were mobilized to provide meaningful feedback, organize activities in the academic or clinical setting or participate as educational co-researchers. All publications focused on improving nursing students' education by including their voice.

Table 2 - Overview of Student Roles and Student Voice Outcomes

Authors (year), Country and Type of Paper	Paper or Study Aim	Method and Participants	Student role(s)	Enactment of Student Voice	Main Outcomes
Cook (2017) UK (Europe) Doctoral dissertation, study	Develop, with a group of stakeholders, the portfolio for practice learning and evaluate it with student groups	Mixed methods action research <i>Involved in the research process :</i> Undergraduate students (n=4) Practice partners (n=5) Educators (n=5)  <i>Involved as research subjects :</i> Undergraduate students (n=516)	Research process (portfolio)	Students partnered with academic and practice partners to enhance the portfolio as an educational tool  Students contributed to determining the research questions, analyzed qualitative data on the portfolio and formulated recommendations to improve the portfolio	Academics, practice partners, and students entered into authentic dialogue that supported the emergence of new knowledge that became the catalyst for action Action changed the approach to education that emancipated all stakeholders Allowed participants to view the world from the other's positions
Cunningham et al. (1994) USA (North America) Article, project	Describe student management teams	No method reported  Undergraduate students (n=3) Educator (n=1)	Course	Student representatives formed a management team within a course and were tasked with gathering information from their peers on how to improve the course.  The management team held weekly meetings with the educator to brainstorm on solutions	*Students developed positive self concept, better self-esteem, expanded creativity *Students perceived faculty as being supportive Students directly influenced and improved their own learning
Diekelmann (2004) USA	Described a teacher's and his students' experience of integrating Narrative	No method reported  Students	Course	Students were invited as partners with their educator to plan their course and continuously provide feedback	Placed emphasis on learning rather than teaching *Developed a sense of trust between students and teacher

<b>Authors (year), Country and Type of Paper</b>	<b>Paper or Study Aim</b>	<b>Method and Participants</b>	<b>Student role(s)</b>	<b>Enactment of Student Voice</b>	<b>Main Outcomes</b>
(North America)	Pedagogy into a course	(n=unknown)  Educator (n=1)			
Article, project					
Ha and Pepin (2017)	Described nursing students' and educators' experiences during the co-construction of learning activities on clinical nursing leadership	Qualitative research and development Undergraduate students (n=5) Educators (n=4) Researcher (n=1)	Program (learning activities)	Students and educators co-constructed new learning activities for future students.	Developed a new educational intervention  *Enriched student-educator relationship  *Allowed discovery of different perspectives on teaching and learning  *Feeling involved in positive change
Canada (North America)					
Article, study					
Haines et al. (2014)	Reported the development and delivery of a trust welcome day for first year nursing students and the initiation of a student task group to give students opportunity to provide feedback	No method reported  Members of clinical setting (n=2) Graduate student task group (n=8)	Program (clinical placement)	Students worked with members of a clinical setting to develop a trust welcome day for fellow students.  Student task group identified problems and solutions that affected their clinical placement	Implementation of new communication methods between students and members of the clinical setting
UK (Europe)					
Article, project					
Haraldseid, Friberg and Aase (2016)	Explored and described the process of student involvement when developing	Explorative qualitative approach with participatory design	Course (clinical skills education)	Using an iterative process, students provided feedback to adapt technological learning material	Created learning material that is focused on students' needs which can foster student motivation and engagement Awareness that faculty is
Norway					

<b>Authors (year), Country and Type of Paper</b>	<b>Paper or Study Aim</b>	<b>Method and Participants</b>	<b>Student role(s)</b>	<b>Enactment of Student Voice</b>	<b>Main Outcomes</b>
(Europe) Article, study	technological learning material for clinical skills training in a Norwegian nursing faculty	Undergraduate students (n=19) Researchers (n=3) Clinical nurse (n=1) Interaction designer (n=1) Educators (n=2)		The technological material was revised according to students' feedback and was tailored to their learning needs	committed to student learning Increased student satisfaction
Hofmeyer and Cecchin (2001) Australia Article, study	Described the design of a data collection instrument used in a larger study through a collaborative process between researchers and a group of international nursing students to ensure face and content validity	Interpretive approach for the larger study  Undergraduate and graduate students (n=10) Researchers (n=2)	Research process (instrument design)	International students collaborated with researchers to ensure content and face validity of a research instrument	Instrument was informed by students' lived experience and was adapted to cultural understandings of written meaning  Gave students the opportunity to influence policy, created innovative teaching, learning and assessment methods
Maykut et al. (2016) Canada (North America) Article, study	Created a safe environment where current and alumni undergraduate nursing students had the opportunity to share their lived experiences of being a male in MacEwan University's BScN	Action research  Undergraduate students (n=3) Alumnus (n=1) Researcher (n=1)	Research process (program)	Students were both co-researchers and participants to devise strategies to support male nursing students  Students participated in the literature review, elaborated focus group questions, contributed to recruitment efforts and data analysis	Provided a platform for students to describe their lived experience  Led to the elaboration of strategies to support male nursing students' academic success

<b>Authors (year), Country and Type of Paper</b>	<b>Paper or Study Aim</b>	<b>Method and Participants</b>	<b>Student role(s)</b>	<b>Enactment of Student Voice</b>	<b>Main Outcomes</b>
	program.			Students co-wrote the article and participated in findings dissemination at international conferences	
Moch and Cronje (2010)  USA (North America)  Article, study	Proposed an integrated model for nursing school curriculum to more fully and systematically exploit the potential of student-clinical staff partnerships.	Action research  Undergraduate students (n=unknown) Clinical nurses (n=unknown) Educators (n=unknown)	Program (clinical practice)	Students worked in partnership with clinical nurses and educators to learn to integrate evidence-based practice into clinical practice by using “New Knowledge Discussion Groups” which resembled journal clubs.  Partnerships were aimed to promote evidence-based practice among student and nurses	Facilitated evidence-based practice changes  *Allowed for meaningful interactions between students and practicing nurses  *Students and nurses learned from each other  *Fostered the development of positive attitudes towards research to guide practice changes
Nelson (1995)  USA (North America)  Article, project	Described a project - <i>empowerment committee</i> - that led to positive changes in the environment through an empowering process of group interaction and direction	No method reported  Students (n=unknown) Academics and support staff (n=unknown)	Program	Students participated in an empowerment group with stakeholders to identify problems and solutions to improve the educational program  The group was concerned with students who lived on the edge of academic life, expressed frustration, social alienation or anger and included these	Opened communication between faculty and students  Brought students who are on the edge of school life to the center and allowed them to influence their school environment

<b>Authors (year), Country and Type of Paper</b>	<b>Paper or Study Aim</b>	<b>Method and Participants</b>	<b>Student role(s)</b>	<b>Enactment of Student Voice</b>	<b>Main Outcomes</b>
				students to participate in the empowerment group	
Palazzo, Miller and Salvatierra (2016)  USA (North America)  Article, project	Described a method to collect continuous course feedback called, Your Voice Counts	No method reported  Prelicensure and undergraduate students (n=unknown) Educators (n=unknown)	Course	Students were offered several different methods for providing continuous, formative meaningful feedback to educators throughout a course  Educators were responsive to this feedback when possible	Created a highly responsive, flexible classroom  Created a culture of respect, inclusivity  Allowed dialogue between learners and educators
Prowse (1998)  Canada (North America)  Doctoral dissertation, study	Adopted a holistic, experiential, student-directed approach to curriculum	Narrative case study  Undergraduate students (n=8) Educator/Researcher (n=1)	Course	Students co-planned their own course with the educator by selecting the subjects they wanted to learn	Mutually designed course Fostered sense of empowerment in students

<b>Authors (year), Country and Type of Paper</b>	<b>Paper or Study Aim</b>	<b>Method and Participants</b>	<b>Student role(s)</b>	<b>Enactment of Student Voice</b>	<b>Main Outcomes</b>
Rogers (2002)  UK (Europe)  Doctoral dissertation, study	Explored phenomena related to aspects of loss, grief and bereavement and care of the terminally ill and their family in the world of nursing education and practice and create actual change in nurse education using student nurses as the main collaborative force for change	Action research  Undergraduate students (n=99)  Educator/Researcher (n=1)	Program	Students formed two types of collaborative groups with the researcher  These groups were tasked with 1) developing a mini program of theoretical and practical sessions based on their learning needs related to grief, loss and bereavement and 2) providing feedback on how their current program addressed their needs in relation to aspects of loss, grief and bereavement	Involvement of students as the main collaborative force for curricular change  *Created a program based on students learning needs  Resulted in a new program of study that was implemented into the curriculum

\* Outcomes as perceived by participants (students, educators, members from a clinical setting)

## **Discussion**

This review aimed to map the published literature on how transformational student voice activities are practiced in nursing education programs. The variety of student roles showed that faculty, academic or clinical members recognized the importance of students' perspectives on teaching, learning and educational research. The underlying assumption is that these perspectives hold the potential to improve these domains. However, the small number of publications included in this review could be an indication that few nurse educators espouse the view that students should be afforded the opportunity to influence teaching, learning and educational research (Cook-Sather, 2006; Cook Sather, 2014). Educators might believe that students do not possess the required pedagogical expertise to contribute to teaching and learning (Rogers, 2002). It could also be that nurse educators are enacting student voice at local levels, but lack opportunities and platforms to share their work (Moch and Cronje, 2010). To support this claim, we found that some articles reported the process and outcomes of student voice in separate articles (Ha and Pepin, 2017; Hofmeyer and Cecchin, 2001; Moch and Cronje, 2010); while dissertations, with their generous word count, allowed authors to detail both the process and their outcomes (Cook, 2017; Prowse, 1998; Rogers, 2002).

The results revealed that the first published instance of transformational student voice in nursing education was in 1994. Only eight studies and five project reports were included in this review which points to (slow) progress in terms of reporting transformational student voice in nursing education. When research was carried out, five studies explicitly mentioned using a participatory or action research design. In a review of student voice in higher education, Seale (2010) underlined the contribution of participatory methods to connect the theory of student voice to its practice. The author also stated that reporting of student voice projects remained descriptive rather than evaluative, a claim our review also supports. Formally evaluating process and outcomes of student voice projects is needed to demonstrate the added value of this practice.

All reported outcomes of student voice projects were decidedly positive and no negative outcomes were reported. A similar pattern presents itself in patient engagement research where negative outcomes remain under-reported (Tierney et al., 2016). In a



systematic review on patient involvement in healthcare research, Domecq et al. (2014) reported that a small number of articles reported patient frustration with the lengthy engagement required with this type of practice. There is a need to offer more nuanced depictions of student voice projects by including difficulties or challenges faced by participants and maintaining a critical outlook for improvement, by continually questioning student voice projects (Lodge, 2005).

Several hypotheses can explain why only positive outcomes were reported. The first hypothesis is the choice of the concept of review. Transformational student voice projects implies that students' perspectives will lead to action. Consequently, publications that reported inaction following student engagement were excluded and as mentioned earlier, inaction following patient engagement in research can lead to negative outcomes (Palmer et al., 2018). A second hypothesis could be the student to faculty ratio reported in projects. In publications that did report number of participants, students usually outnumbered faculty, except in one case (Cook, 2017). This is perhaps an attempt by nursing educators or researchers to effectively balance power relationships that are implicit in student voice projects (Seale et al., 2015; Taylor and Robinson, 2009). As Carey (2013b) stated, a low ratio of students to faculty members, in faculty committees for example, can obstruct the expression of student voice since students can feel intimidated when outnumbered by faculty.

Our results indicated that student voice in nursing education has started to gain traction in the last five years; 46% of included papers were published between 2012 and 2017. It seems that the practice of student voice in nursing education is coinciding with that of service user or patient engagement in research (Manafó, Petermann, Mason-Lai, and Vandall-Walker, 2018) and education (Scammell, Heaslip, and Crowley, 2016). The process of emergence of concepts such as student autonomy can be seen to coincide with the emergence of patient autonomy (Darbyshire and Fleming, 2008). Similarly, parallels can be drawn between student-centered learning and patient-centered care (Young and Maxwell, 2007). With that being established, future research on student voice projects in nursing education could be inspired by literature on patient engagement in research and education and vice-versa. Both are faced with some of the same challenges, for example, how to avoid tokenistic involvement and reach meaningful and mutually beneficial engagement (Bélisle-Pipon, Del

Grande, and Rouleau, 2018), how to transform an individual (researcher/educator or patient/student) objective into a shared purpose that motivates and empowers all involved (Palmer et al., 2018) or how to promote inclusive user engagement that allows the expression of different and diverse voices (Felten et al., 2013).

The breadth of activities used to enact transformational student voice highlights the level of creativity of nurse educators and their commitment to improving students' experiences. However, this creativity has been confined to small-scale local initiatives. The way forward is expanding these initiatives beyond one course, one clinical setting or one program. The establishment of evaluative research methods that can capture both the impact of the process and the outcomes of student voice projects on teaching and learning are integral to the systematic adoption of student voice. This will only enhance the scholarship of teaching and learning in the field of nursing. The systematic integration of these evaluative methods to student voice projects could lead to augmenting the evidence base and help determine if and how student voice projects can meet the objectives its proponents have promoted: transformation, empowerment, and emancipation.

### **Limitations**

The publications included in this review were the result of a specific search strategy that balanced breadth and manageability. In this sense, the findings are limited to the publications the search produced.

Despite the involvement of an experienced librarian who lent expertise to the database search, an analysis of the terminology used in the literature to describe student voice showed variability. This may have limited our search strategy in some ways, potentially missing relevant publications. To guard against this and strive towards comprehensiveness, backward searching was used to locate other relevant articles that were not identified in the database search.

Inclusion and exclusion of publications also presented a challenge even with predefined criteria. The review focused on publications that actively engaged students in their educational contexts. Hence, publications that only solicited student feedback without explicitly mentioning how this feedback had led to actions were excluded. It is possible that

authors used students' feedback to improve their course, program or research, but did not include this information in their title or abstract and therefore, their paper was excluded from the review. To minimize the impact of these limitations, three independent researchers were involved in screening titles and abstracts. Articles that caused disagreements were promoted to full text review where they could be analyzed in-depth for inclusion or exclusion.

## **Conclusion**

This scoping review is the first to map published literature on transformational voice in nursing education. As such, it contributes to unpacking how student voice projects have been practiced in nursing education programs and reported in publications. The review paves the way forward for future research on student voice initiatives and student voice projects in nursing education.

## **Discussion complémentaire sur les méthodes des publications retenues**

Le but de l'examen de la portée était de comprendre comment la voix étudiante est sollicitée et mise en action dans les programmes de formation en sciences infirmières, L'examen de la portée nous a mené à inclure des articles qui ne rapportaient pas de démarches empiriques puisque la voix étudiante peut s'opérationnaliser à l'extérieur d'un contexte d'une recherche, tel que présenté au Tableau 1 de l'article 1 sous « *Types of publications* ». De ce fait, 5 des 13 articles retenus pour cette *scoping review* n'ont pas rapporté de méthodes de recherche; ces articles décrivaient des initiatives locales de sollicitation de la voix étudiante par des formatrices. Des huit articles qui ont décrit une méthode de recherche, sept d'entre eux rapportaient les résultats d'une recherche qualitative dont cinq pourraient être décrits comme utilisant un devis participatif (recherche-action ou recherche participative). Un seul chercheur a utilisé un devis mixte. La portion quantitative de cette étude avait servi pour évaluer l'intervention pédagogique coconstruite avec des étudiantes.

Il appert que les projets de recherche sur la voix étudiante en sciences infirmières privilégient des méthodes qualitatives. Dans les écrits retenus pour l'examen de la portée, il est surtout question de l'exploration de l'expérience des étudiantes infirmières durant leur formation académique et de celle des étudiantes et des formatrices qui se sont engagées dans

un projet de voix étudiante. Les méthodes qualitatives sont utilisées pour explorer et approfondir cette expérience et pour permettre son analyse. Selon Cook-Sather et al. (2014), les approches qualitatives permettent de répondre aux questions de recherche entourant les partenariats entre étudiantes et formatrices. Ces approches sont cohérentes avec des travaux de recherche qui remettent en question les rôles traditionnels des étudiantes et formatrices dans l'enseignement et l'apprentissage (Cook-Sather et al., 2014).

## **2.2 Cadre de référence**

La réflexion suscitée par la recension des écrits a favorisé l'adoption d'un cadre de référence centré sur le constructivisme et sur la perspective de la voix étudiante. Nous abordons succinctement le constructivisme en tant que paradigme guidant la recherche (puisque'il sera repris au chapitre 3 lors de la description de la position épistémologique de l'étudiante-chercheuse) et pouvant guider la formation. Nous terminons cette section avec la perspective de la voix étudiante qui complète le cadre de référence de notre étude.

### **2.2.1 Constructivisme**

Le constructivisme est considéré comme un paradigme pouvant à la fois guider la recherche et la formation (Hershberg, 2014). Le paradigme constructiviste selon Guba et Lincoln (1989, 2005), Lincoln et al. (2011) et Lincoln et Guba (2013) a orienté cette étude. Pour présenter le courant constructiviste en formation, nous décrivons le courant constructiviste basé sur les travaux de Jean Piaget (Evans, 1981) et Lev Vygotsky (Liu et Matthews, 2005; Peters, 2000; Robichaud, 2017; Vienneau, 2017; Vygotsky, 1962), tout en reconnaissant qu'il existe d'autres conceptions constructivistes de l'apprentissage.

#### **2.2.1.1 Constructivisme comme paradigme de recherche**

Aussi nommé courant interprétatif, le constructivisme postule que la réalité n'existe pas indépendamment de la personne qui la perçoit (Lincoln et Guba, 2013). Les réalités sont construites et reconstruites selon les expériences et les interactions sociales vécues par les personnes (Lincoln et al., 2011). Les réalités sont donc multiples, contextualisées, et socialement construites (Guba et Lincoln, 2005). La personne travaille constamment à donner

du sens à ses expériences. L'organisation des différentes constructions (sens) en un tout cohérent et intelligible permet à la personne de comprendre ce qu'elle vit. Cet exercice d'organisation de sens produit des connaissances (Lincoln et Guba, 2013).

Les connaissances sont donc inséparables de la personne qui les a produites ; chaque personne interprétant ses expériences à travers un filtre personnel. Ces connaissances peuvent parfois être communiquées et partagées avec d'autres ou même coconstruites par les personnes. En recherche, les données sont produites grâce à l'intersubjectivité entre les différentes personnes impliquées (Lincoln et al., 2011). Chaque personne contribue à la recherche en partageant son interprétation du phénomène à l'étude. Par la mise en commun de différentes interprétations, qui peut parfois mener au consensus, la recherche peut produire une compréhension plus approfondie d'un phénomène étudié (Guba et Lincoln, 2005) et faire avancer la pratique (Lincoln et al., 2011). La méthode de recherche choisie pour notre étude sur la coconstruction d'une intervention pédagogique et la description des composantes qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier s'inscrit dans ce paradigme.

### **2.2.1.2 Constructivisme comme paradigme en formation**

Selon la conception constructiviste, « l'apprentissage est un processus de construction de connaissances » (Tardif, 2016, p. 156). L'expression « construction de connaissances » fait référence aux connaissances antérieures de l'étudiante qui agissent à titre de fondation sur laquelle l'étudiante peut ajouter des nouvelles connaissances. L'étudiante peut aussi modifier ses connaissances antérieures selon les situations d'apprentissage qui lui sont présentées (Lohmeier, 2018; Peters, 2000). Ce réseau de connaissances existantes, aussi appelées schèmes, est subjectif et unique à chaque personne (Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotra, 2004; Liu et Matthews, 2005) puisque des personnes différentes ne peuvent pas avoir acquis exactement les mêmes connaissances antérieures bien qu'un noyau commun de connaissances peut exister.

Selon Piaget, lorsqu'une étudiante utilise un schème existant pour comprendre une situation d'apprentissage, elle s'engage dans un processus appelé *assimilation* (Evans, 1981; Robichaud, 2017; Slavin, 2012). En d'autres mots, l'étudiante s'appuiera sur ses connaissances antérieures pour accorder un sens aux situations d'apprentissage auxquelles elle

fait face (Jonnaert et al., 2004; Peters, 2000). Si le schème de l'étudiante s'avère insuffisant pour appréhender la situation, elle s'engagera dans un processus de modification de son schème existant, ce que Piaget appelle l'*accommodation* (Evans, 1981; Robichaud, 2017; Slavin, 2012).

Le socioconstructivisme prend racine dans les travaux de Vygotsky (Liu et Matthews, 2005) et met l'accent sur la dimension relationnelle pour la construction de sens (Lasnier, 2000). Pour Vygotsky, la collaboration et l'interaction entre l'enseignante et les étudiantes permet le développement de compétences (Robichaud, 2017). Legendre (2008) explique que le socioconstructivisme « affirme l'interdépendance des dimensions cognitive et sociale » (p. 70) dans l'acte de connaître. Pour Legendre (2008), l'acte de connaître se produit toujours en contexte social, culturel et historique ; les savoirs prenant leurs sens dans ce contexte. Selon Lincoln et Guba (2013), les milieux d'enseignement constituent un contexte dans lequel les constructions de diverses personnes peuvent être communiquées, partagées, négociées puis intégrées par l'étudiante. Les interactions sociales ont le potentiel de contribuer à l'apprentissage lorsque différentes connaissances sont confrontées et mises en perspectives avec des collègues ou avec l'enseignante (Hershberg, 2014; Tardif, 2016; Vienneau, 2017).

La *coconstruction*, par le partage et la négociation, et la construction individuelle de sens demandent un effort et un engagement de l'étudiante tant au plan intellectuel (Ménard et St-Pierre, 2014; Vienneau, 2017) qu'affectif (Vienneau, 2017). L'engagement est synonyme d'investissement d'énergie, d'intensité et d'enthousiasme et va au-delà de la simple participation (Vienneau, 2017). Pour cette raison, l'étudiante est qualifiée comme étant « active » dans le paradigme constructiviste et l'enseignante agit à titre de guide (Ménard et St-Pierre, 2014; Taylor, 2014). L'étudiante est aussi responsable de son propre apprentissage (Peters, 2000). L'engagement étudiant est facilité par la création d'activités pédagogiques basées, entre autres, sur les connaissances antérieures (Tardif, 2016), les besoins d'apprentissage et sur les manières dont l'étudiante construit ses apprentissages.

Enfin, puisque les schèmes des étudiantes sont considérés comme uniques (Jonnaert et al., 2004), la liberté d'expression et le respect mutuel sont des valeurs fondamentales dans les classes (socio)constructivistes (Peters, 2000). L'enseignante est invitée à faire preuve d'« une empathie face aux connaissances et aux constructions personnelles de chaque étudiante »

[traduction libre] (Peters, 2000, p. 168) et promouvoir l'ouverture. Cette ouverture et cette empathie rejoignent certaines valeurs prônées dans la deuxième composante du cadre de référence, la perspective de la voix étudiante.

### **2.2.2 Perspective de la voix étudiante**

Selon Pagoni (2009), l'émergence de la voix étudiante est liée à une « augmentation de l'intérêt pour les dispositifs participatifs [dans un] souci d'amélioration de l'égalité sociale et de la démocratisation des institutions » (p. 124). Ces dispositifs rendent disponibles des plateformes permettant aux individus de faire valoir leur point de vue et de se faire entendre. Dans certains cas, ceci permet à des personnes peu souvent consultées d'exprimer leurs opinions sur des décisions qui les affectent. Ce point d'ancrage de démocratisation a amené plusieurs chercheurs (Bergmark et Westman, 2016; Black et al., 2014; Bovill, 2014; Bovill et al., 2011; Cook-Sather et Alter, 2011; Fielding, 2004, 2010; Manca, Grion, Armellini et Devecchi, 2017; McLeod, 2011; Robinson et Taylor, 2007; Rodgers, 2006; Toshalis et Nakkula, 2012) à critiquer le fonctionnement des institutions d'enseignement supérieur qui, souvent, excluaient les étudiantes lors de la prise de décisions pédagogiques. Ces auteurs partagent la vision que les étudiantes ont une perspective unique de l'enseignement et de l'apprentissage et qu'elles sont des parties prenantes de leur propre éducation au même titre que toutes les autres personnes du milieu de l'enseignement. Les perspectives étudiantes sont considérées comme valides et méritent d'être prises en compte (Bovill et al., 2011). Par exemple, l'étudiante peut se prononcer lors de l'évaluation de cours ou de programmes, de la révision des programmes de formation (Bovill et al., 2011) ou de la création de nouvelles activités d'apprentissage (Bovill, 2013). Elle peut également être impliquée comme co-chercheuse dans des projets de recherche en éducation (Rodgers, 2006). L'étudiante se voit conférer le pouvoir d'influencer son expérience d'apprentissage et celles des autres étudiantes.

Il importe de mentionner qu'il n'existe aucune conception définitive de la voix étudiante (*student voice*) (Cook-Sather, 2006; Subramanian et al., 2012). Toutefois, il est possible de retracer des valeurs sous-jacentes communes à différentes conceptions de la voix de l'étudiante et de proposer une définition de travail. La voix étudiante réfère à l'inclusion et à la valorisation de l'opinion étudiante dans les milieux d'enseignement sur tout aspect

concernant leurs expériences d'apprentissage (Cook-Sather, 2006). Seale (2010), dans une analyse des projets de voix étudiante dans les milieux d'enseignement supérieur, rajoute que la voix étudiante est souvent liée à trois concepts implicites : la transformation, la participation et l'*empowerment*. Inspirée des travaux de Fielding (2001, 2004) et du paradigme participatif de recherche, Seale (2010) propose que la transformation implique la collaboration et le dialogue entre étudiantes et autres acteurs du milieu d'enseignement pour l'amélioration des pratiques éducatives. La participation réfère aux différents rôles que peuvent occuper les étudiantes soit dans la conception, la conduite, l'analyse ou l'évaluation des activités, cours, curriculums ou programmes. Au niveau de l'*empowerment*, il est question du partage de responsabilités lors de la prise de décisions et lors de la résolution de problèmes, pour l'atteinte du but fixé.

Selon Toshalis et Nakkula (2012), des programmes de formation qui intègrent la voix étudiante sont le résultat d'un engagement des décideurs académiques qui souhaitent fonder leurs programmes, politiques et pratiques éducatives sur les besoins et les perspectives des étudiantes. En effet, la voix étudiante implique que les étudiantes expriment leurs besoins d'apprentissage et que les formatrices les écoutent (Seale, 2010). Quelques chercheuses (Bovill, 2013; Cook-Sather, 2006; Mercer-Mapstone et al., 2017; Seale, 2010) rapportent les avantages d'impliquer les étudiantes dans les décisions pédagogiques dont une augmentation du niveau d'engagement et de motivation de l'étudiante (Cook-Sather, 2006; Seale, 2010), une compréhension plus approfondie de l'apprentissage et du programme de formation de la part des étudiantes et des formatrices (Adam, Zinn, Kemp et Pieterse, 2014; Cook-Sather, 2014a) et une évolution positive de la relation entre étudiante et formatrice (Barrineau et al., 2016; Bovill et al., 2011; Mercer-Mapstone et al., 2017; Seale et al., 2015). Sur ce point, la collaboration entre étudiantes et formatrices peut leur permettre de « développer une meilleure connaissance de soi et de l'expérience de l'autre et aussi, d'adopter des pratiques d'enseignement et d'apprentissage plus engagées et collaboratives » [traduction libre] (Cook-Sather, 2014a, p. 31). Quant aux retombées sur les programmes de formation, l'utilisation de la voix étudiante peut permettre le développement d'activités pédagogiques centrées sur les besoins des étudiantes et par conséquent, mener à un meilleur apprentissage (Brooman, Darwent et Pimor, 2015).



Ainsi, le cadre de référence de notre étude est constitué du constructivisme, à la fois comme paradigme de recherche et comme paradigme en formation, et de la perspective de la voix étudiante qui peut mener à la transformation, à la participation et l'*empowerment*.

Suivant la présentation de notre recension des écrits et de notre cadre de référence, nous décrivons au prochain chapitre la méthodologie de recherche utilisée pour notre étude.

## **Chapitre 3 Méthodologie**

Ce chapitre porte sur les considérations méthodologiques de l'étude. Avant d'amorcer le chapitre, rappelons les questions de recherche :

1) Quelle est l'expérience pour des étudiantes et des formatrices en sciences infirmières impliquées dans le processus de coconstruction d'une intervention pédagogique visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier ?

2) Quelles sont les composantes d'une intervention pédagogique coconstruite qui contribuent, selon des étudiantes et des formatrices, à l'apprentissage du leadership clinique infirmier chez des étudiantes en 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières ?

Le chapitre contient neuf sections. Nous commençons le chapitre en décrivant le devis de recherche, soit en présentant le modèle de recherche développement et les changements apportés au modèle qui ont permis de l'adapter au contexte de l'étude, soit une recherche en formation infirmière. Ensuite sont présentés la position épistémologique de l'étudiante-chercheuse, le milieu de l'étude, les participantes de l'étude, le déroulement de l'étude, les outils de collecte de données, l'analyse des données et les considérations éthiques. Le chapitre se clôt avec les critères de scientificité de l'étude.

### **3.1 Devis de recherche**

La recherche développement de Harvey (2007) a été choisie comme devis de l'étude. Selon Loisel et Harvey (2007), la recherche développement englobe « le développement de matériel pédagogique, mais aussi le développement de stratégies, de méthodes, de modèles ou programmes ayant une incidence sur l'action éducative » (p. 42). L'utilisation d'un modèle de recherche développement permet de baliser la mise au point d'activité ou de matériel pédagogique (Loiselle, 2001), évitant des pratiques de développement intuitives et sans planification (Van der Maren, 2003).

Plusieurs modèles de recherche développement existent, mais selon Loisel (2001), ce ne sont pas tous ces modèles qui intègrent la recherche et le développement. Certains modèles représentent une simple juxtaposition de la recherche et du développement (Loiselle et

Harvey, 2007). Loisel (2001) précise que la production de nouvelles connaissances est ce qui permet de différencier une démarche de développement d'une démarche de *recherche développement*. Au cœur de la démarche de recherche développement se situe une analyse de l'expérience de développement. À la lumière de ce constat, Loisel (2001) explique que :

La recherche développement aura donc comme extrant non seulement un produit pédagogique, mais aussi une analyse du processus de développement et des données empiriques et théoriques appuyant les décisions prises en cours de développement, et une description des caractéristiques essentielles de ce produit [...] Elle devra aussi répondre aux exigences propres aux approches qualitatives pour présenter un caractère de scientificité. (p. 91)

Fortement inspirée des travaux de son directeur de thèse Jean Loisel et d'autres modèles de recherche développement, Harvey (2007) a développé un modèle synthèse pour la recherche développement universitaire. Cette spécificité est assurée par huit critères de scientificité. Le modèle est présenté à la section suivante ; la méthode de notre recherche est inspirée de celle de Harvey (2007).

### **3.1.1 Modèle de recherche développement choisi**

Le modèle de Harvey (2007) est divisé en cinq phases macroscopiques : 1) origine de la recherche, 2) référentiel, 3) méthodologie, 4) opérationnalisation et, 5) résultats. Chacune des phases contient un nombre variable d'étapes. Certaines étapes ont des composantes spécifiques. Le modèle est présenté à la Figure 1. Les phases sont énumérées dans les encadrés gris, les étapes sont indiquées dans les encadrés blancs. Les composantes spécifiques sont énumérées dans les encadrés reliés par un trait pointillé. Les critères de scientificité se retrouvent dans l'encadré au bas du modèle.

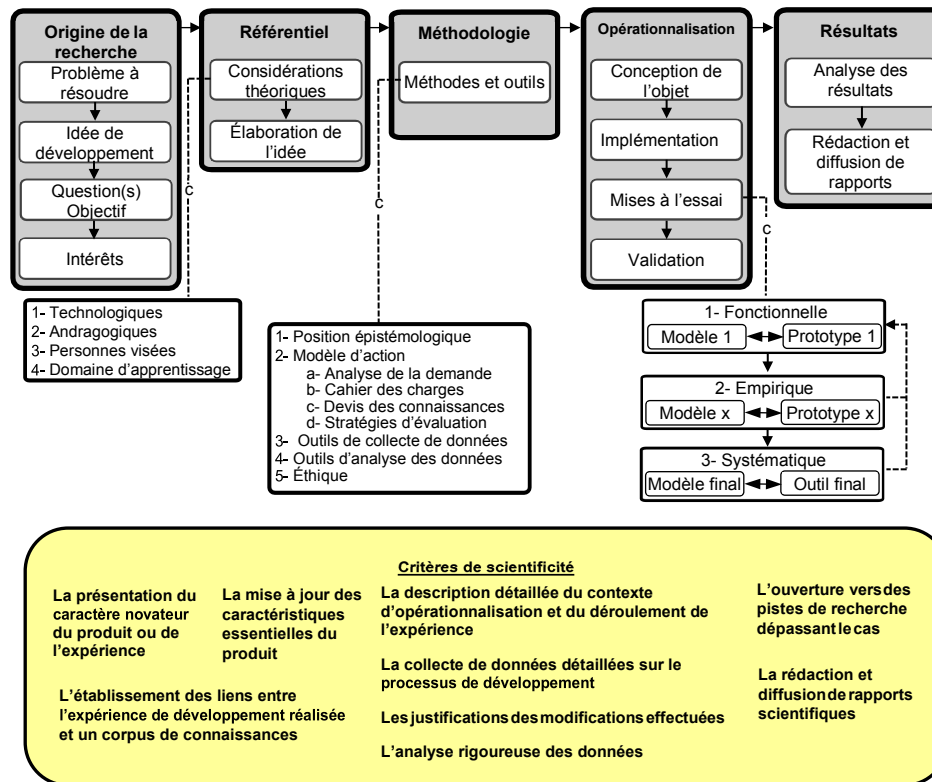


Figure 1. Démarche de recherche développement pour un logiciel-outil formatif. Reproduit de Développement d'un logiciel-outil formatif pour les personnes bénévoles et d'un modèle proposant des principes adaptés à ce contexte (p. 80), de S. Harvey, 2007, Trois-Rivières, Canada : Université du Québec à Trois-Rivières. Copyright 2007 de S. Harvey. Reproduit avec permission.

Trois facteurs ont motivé notre choix de s'inspirer du modèle de Harvey (2007): 1) la spécificité du modèle en lien avec le développement d'une intervention pédagogique ; 2) l'intégration d'une démarche de recherche scientifique à celle d'une démarche de développement et ; 3) la sous-division de la démarche en plusieurs étapes structurantes ce qui est facilitant pour une étudiante-chercheuse qui mène son premier projet de recherche. Harvey et Loiseau (2009) expliquent que le modèle est générique et adaptable à différents contextes d'utilisation. Certaines modifications ont donc été apportées pour l'adapter au contexte de la formation infirmière. Cela fait l'objet de la prochaine section.

### **3.1.2 Modèle adapté de recherche développement en formation infirmière**

Les adaptations apportées au modèle de Harvey (2007) ont pour but de mieux rendre compte du processus de développement de l'intervention pédagogique utilisé dans cette recherche, soit la coconstruction d'une intervention pédagogique. Dans un souci d'intelligibilité, d'autres modifications, principalement au niveau du vocabulaire, ont aussi été apportées. Les modifications sont présentées selon les cinq phases du modèle et sont illustrées à la Figure 2.

La première phase du modèle de Harvey, qui se nomme « Origine de la recherche », est composée du problème à résoudre ou de l'idée de développement, la ou les questions de recherche et les objectifs et les intérêts de l'étude. Cette première phase a été présentée au chapitre 1. Harvey et Loiselle (2009) justifient leur choix de nommer cette phase « Origine de la recherche » plutôt que « Problématique » - terme plus commun dans les thèses - pour englober les différentes motivations de départ d'une recherche développement. Certains projets naissent en réponse à un problème à résoudre, d'autres pourraient être des innovations pédagogiques. Cette nomenclature a été conservée. Un seul changement a été apporté à l'étape « Question et objectifs » qui a été renommée « But et questions ».

La deuxième phase est le « Référentiel ». Cette deuxième phase contient tous les appuis théoriques et empiriques de l'intervention à développer ainsi qu'une recension des écrits qui aboutit à l'élaboration de l'idée de l'intervention pédagogique (Harvey et Loiselle, 2009). Dans le contexte de notre étude, l'utilisation du terme « Référentiel » était confondante puisqu'il peut renvoyer au référentiel de compétences, un document qui décrit la trajectoire de développement de chacune des compétences d'un programme de formation (Tardif, 2017). Nous avons intitulé le chapitre 2 « Recension des écrits ». Il englobe les considérations empiriques et théoriques qui soutiennent cette recherche de même que le cadre de référence retenu pour l'étude.

La troisième phase réfère à la « Méthodologie ». Harvey (2007) y avait inclus une étape avec cinq composantes spécifiques, dont un « modèle d'action ». Des informations concernant les besoins du public cible, le contexte d'utilisation de l'intervention, les aspects

techniques, les fonctionnalités du logiciel, les risques associés au projet, la détermination de la rentabilité sont, entre autres, consignées dans le modèle d'action. L'intervention pédagogique développée dans notre thèse n'étant pas à caractère technologique comme celle dans la thèse de Harvey (2007), cette étape du modèle d'action a été retirée tout en conservant les composantes qui s'appliquent à notre étude tel le contexte d'utilisation de l'intervention (milieu de l'étude). Le présent chapitre qui présente la méthodologie est composé de quatre étapes du modèle original soit la position épistémologique, les outils de collecte de données, les outils d'analyse de données et les considérations éthiques. Nous avons rajouté des sections sur le milieu de l'étude, les participantes de recherche et le déroulement de l'étude.

La quatrième phase, intitulée « Opérationnalisation », est l'aboutissement des phases précédentes. Dans sa thèse, Harvey (2007) utilise cette phase pour détailler le modèle de son logiciel : ce que le logiciel est capable d'accomplir (étape « conception ») et ses spécifications techniques (étape « implémentation »). Ensuite, des cycles de mise à l'essai-modifications ont lieu. Le nombre de cycles n'est pas prédéterminé. La dernière étape de cette phase est la validation qui permet de « vérifie[r] si les objectifs de départ ont été atteints... [et] valider ou invalider certains choix pédagogiques effectués en cours de réalisation » (Harvey, 2007, p. 129). La phase de validation est de nature évaluative et peut aboutir à une version définitive de l'intervention, mais cela ne constitue pas une nécessité dans une première recherche développement (Loiselle, 2001).

Nous avons renommé cette quatrième phase « Résultats ». Les étapes qui découlent de la phase 4 sont : l'analyse du processus de développement, la description de l'intervention, qui remplace la nomenclature « conception de l'objet », la ou les mise(s) à l'essai et l'évaluation qui en découle. Pour respecter l'ordre chronologique dans lequel s'est déroulée l'étude, l'analyse du processus de développement est présentée en premier.

À la cinquième et dernière phase du modèle original, les résultats seraient présentés. Puisque nous avons déplacé les résultats vers la quatrième phase, cette cinquième phase est réservée à la discussion des résultats. Cette discussion peut être organisée selon les différentes questions de recherche énoncées à la phase 1. La discussion inclut également les différentes implications de l'étude pour les sciences infirmières. Cette discussion peut être organisée selon les champs d'activités de la discipline soit 1) la formation et le politique; 2) la pratique

clinique ; 3) la gestion et; 4) la recherche (Pepin et al., 2017). Un retour sur le modèle de recherche développement peut aussi faire partie des éléments traités dans cette dernière phase, comme l'a fait Harvey (2007) dans sa thèse.

Enfin, la présentation des critères de scientificité a été modifiée. Des huit critères proposés par Harvey (2007), six d'entre eux proviennent des travaux de Loiseau (2001). En 2001, Loiseau avait décrit six caractéristiques qui permettaient de distinguer une démarche de *recherche développement* d'une simple démarche de *développement* d'intervention pédagogique. Ces six critères sont :

- 1) le caractère novateur du produit ou de l'expérience ;
- 2) la présence de descriptions détaillées du contexte et du déroulement de l'expérience ;
- 3) la collecte de données détaillées sur le processus de développement et l'analyse rigoureuse de ces données<sup>4</sup>;
- 4) l'établissement de liens entre l'expérience de développement réalisée et un corpus de connaissances scientifiques ;
- 5) la mise à jour des caractéristiques essentielles du produit et ;
- 6) l'ouverture vers des pistes de recherche dépassant le cas particulier de l'expérience de réalisation du projet.

Harvey (2007) a rajouté deux critères à la suite de consultation d'ouvrages méthodologiques soit :

- 7) la justification des modifications effectuées en cours d'élaboration et ;
- 8) la rédaction et la diffusion des rapports scientifiques.

Or, Loiseau (2001) stipule que la recherche développement doit non seulement répondre aux caractéristiques distinctives de ce type de recherche, mais aux critères de scientificité propres à la recherche qualitative ou quantitative. De ce fait, les critères de scientificité d'une recherche menée dans un paradigme constructiviste de Guba et Lincoln

---

<sup>4</sup> Ce critère apparaît comme deux critères distincts dans la Figure 1.

(1989) ont été retenus: la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation. Ils seront repris plus loin dans ce chapitre.

Il existe plusieurs recouvrements entre les huit critères de Harvey (2007) et ceux de Guba et Lincoln (1989). Durant l'étude, nous avons constaté que certains des critères proposés par Harvey (2007) ont plutôt été utilisés comme des moyens pour répondre aux critères de scientificité de Guba et Lincoln (1989), ces derniers étant plus généraux. Les critères proposés par Harvey (2007) ont été conservés et regroupés, lorsque possible, selon les quatre critères de Guba et Lincoln (1989). Par exemple, un des critères de Harvey (2007) est l'analyse rigoureuse des données. À notre sens, l'analyse rigoureuse des données permet de répondre au critère de crédibilité de Guba et Lincoln (1989). À la lumière des modifications apportées au modèle, la Figure 2 illustre une proposition de modèle de recherche développement qualitative, adapté de Harvey (2007), pour la formation infirmière tel qu'utilisé dans la présente recherche. Tout comme Harvey et Loiselle (2009), nous encourageons le chercheur à modifier le modèle selon les objectifs et le contexte spécifique de sa recherche.

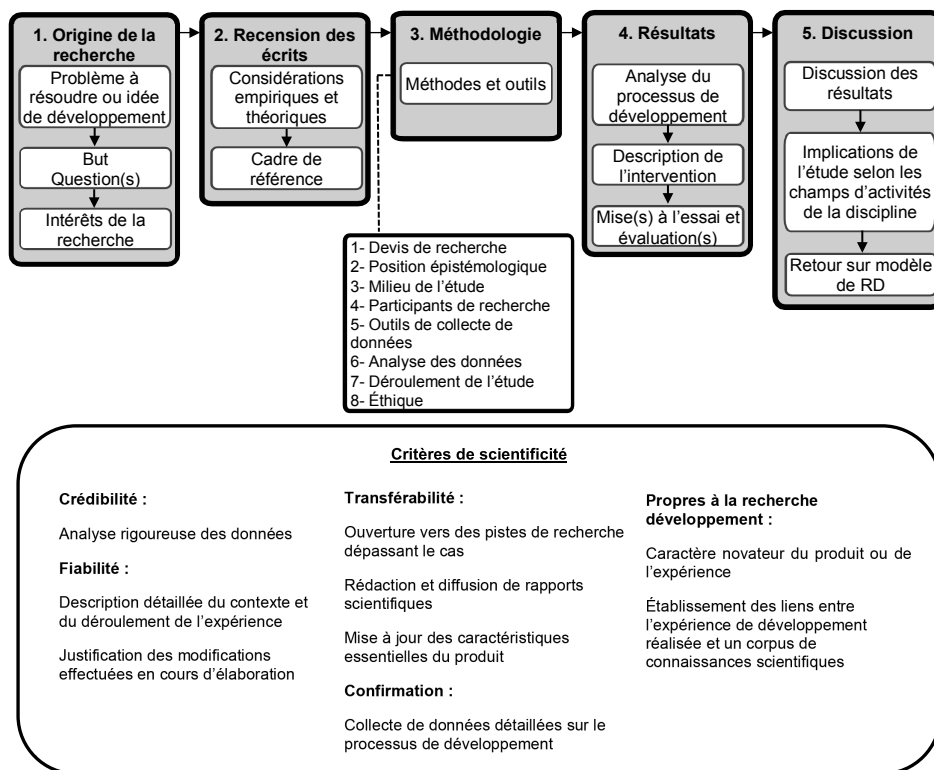


Figure 2. Modèle de recherche développement qualitative, adapté de Harvey (2007), pour la formation infirmière



## 3.2 Position épistémologique

Selon Karsenti et Savoie-Zajc (2011), quatre dimensions permettent au chercheur de déterminer sa posture épistémologique : sa vision de la réalité, la nature du savoir, la finalité de sa recherche et la place du chercheur dans la recherche. La posture de l'étudiante-chercheuse quant aux quatre dimensions de Karsenti et Savoie-Zajc (2011) est cohérente avec une approche de recherche qualitative et s'inscrit dans un courant épistémologique constructiviste selon la nomenclature de Lincoln et al. (2011).

L'étudiante-chercheuse comprend que la réalité est coconstruite par les acteurs et leurs interactions (Lincoln et al., 2011) et n'existe pas indépendamment de ceux-ci (Lincoln et Guba, 2013). Chaque personne accorde un sens à ses expériences selon un filtre personnel et construit une réalité qui lui est propre. Cette réalité peut être communiquée et partagée avec d'autres pour créer une compréhension commune d'une expérience ou d'un phénomène (Lincoln et Guba, 2013). Dans cette étude, le choix de réunir une équipe de coconstruction était soutenu par cette perspective constructiviste. Le rassemblement de ces personnes permettrait de générer une compréhension commune du type d'intervention pédagogique qui pourrait soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier, autant des points de vue des étudiantes que des formatrices participantes.

Dans le courant constructiviste, le savoir produit est contextualisé au milieu de l'étude, mais transférable à d'autres contextes que celui de la recherche (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011), particulièrement celui de la formation infirmière. La description détaillée du contexte est donc primordiale pour permettre à d'autres d'évaluer si le savoir produit dans cette étude est transférable à leur milieu. Une description détaillée de la coconstruction, des composantes de l'intervention pédagogique et du contexte peut permettre à d'autres chercheurs ou formatrices d'évaluer si leur propre contexte est assez similaire pour réaliser la coconstruction ou utiliser l'intervention développée.

Pour Loisel et Harvey (2007), la finalité poursuivie par les mises à l'essai est un bon indicateur de la position épistémologique du chercheur. En recherche développement, les premières mises à l'essai devraient permettre de collecter des données afin d'améliorer l'intervention (Gall, Gall et Borg, 2003). Pour cette raison, Gall et al. (2003) de même que

Loiselle et Harvey (2007) recommandent la collecte de données qualitative. Ces données permettent d'avoir « une meilleure connaissance des interactions entre l'objet et les usagers dans le but d'améliorer le prototype mis à l'essai et de nourrir l'analyse de l'expérience de développement » (Loiselle et Harvey, 2007, p. 43). La finalité poursuivie par cette recherche développement s'inscrit dans cette lignée et les méthodes de collecte de données ont été choisies pour 1) recueillir les expériences des personnes impliquées dans la coconstruction d'une intervention pédagogique et ; 2) examiner les perceptions des participantes sur l'apport de l'intervention à l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Loiselle et Harvey (2007) expliquent que ce type de finalité s'inscrit dans une épistémologie constructiviste.

En dernier lieu, dans le paradigme constructiviste, les valeurs de l'étudiante-chercheuse sont intégrées au projet et ne peuvent pas en être dissociées (Lincoln et al., 2011). Pour l'étudiante-chercheuse, l'amélioration de la formation infirmière repose sur l'implication des acteurs du milieu avec le chercheur, un principe méthodologique central au constructivisme (Lincoln et Guba, 2013). L'engagement de ces personnes dans le projet de recherche permet de créer des savoirs ancrés dans la réalité du milieu de recherche et ayant un fort potentiel de produire des résultats applicables.

### **3.3 Milieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans un milieu universitaire urbain. L'université choisie est une des plus grandes universités de la Francophonie. L'intervention a été développée et mise à l'essai dans une faculté de sciences infirmières.

Le programme ciblé pour la mise à l'essai était le baccalauréat en sciences infirmières de formation initiale<sup>5</sup>. Les titulaires d'un diplôme d'études collégiales en sciences de la nature ou d'un diplôme équivalent sont admissibles à ce programme. Ce programme menait à l'examen professionnel des infirmières et infirmiers du Québec permettant d'accéder au permis d'exercice comme infirmière. Ce programme était d'une durée de trois ans à temps

---

<sup>5</sup> Afin d'alléger le texte, les expressions « programme » et « baccalauréat » réfèrent au programme de baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale de la faculté choisie pour cette étude, à moins d'indication contraire.

plein (six sessions). Les dernières données sociodémographiques des étudiantes que nous avons trouvées, recueillies en 2007 par le milieu de l'étude, chiffrent à 87% le nombre de femmes inscrites au baccalauréat. L'âge moyen des étudiantes se maintenait autour de 22 à 25 ans (Faculté des sciences infirmières, 2009). Ces données indiquaient que près d'une étudiante sur cinq a un statut de résident permanent; ces étudiantes proviennent en majorité de quatre pays : Roumanie, Algérie, Maroc et Haïti. Depuis 2004, ce programme est fondé sur une approche par compétences dite de deuxième génération (Goudreau et al., 2009; Pepin, Legault et Goudreau, 2008). L'adoption de cette approche pédagogique a mené à une réforme du programme avec la création d'un référentiel de compétences et d'une nouvelle structure de programme.

Le référentiel de compétences est un document qui décrit la trajectoire de développement de chacune des compétences d'un programme de formation (Tardif, 2017). Au moment de l'étude, le référentiel de compétences du programme contenait huit compétences, dont une portait sur le leadership clinique infirmier. Ce référentiel guidait les instances pédagogiques dans le choix des activités pédagogiques, leur séquence dans les cours et le choix des méthodes d'évaluation des apprentissages. Depuis l'adoption de l'approche par compétences, le programme était déployé de façon séquentielle, c'est-à-dire que les étudiantes ne suivaient qu'une unité (comportant un seul cours ou un cours et un stage) à la fois. Chaque unité d'apprentissage était préalable à la suivante. Lors de la réalisation de stages en milieux cliniques ou communautaires, l'étudiante suivait concomitamment le cours lui étant associé. La structure du programme facilitait le développement progressif des compétences des étudiantes en leur présentant des notions reliées à une même expérience de santé (par ex. soins de fin de vie) avec un degré grandissant de complexité (Goudreau et al., 2009; Pepin et al., 2008). Chaque unité d'apprentissage était arrimée avec celle qui la précédait et qui la suivait, créant un programme intégré (Goudreau et al., 2009).

En examinant la structure du programme, deux éléments ont eu une incidence sur notre étude. Le premier élément à considérer était les deux cours portant sur le leadership. Ces cours avaient lieu à la cinquième et sixième session d'études soit les dernières du programme. De plus, aucune activité pédagogique spécifique sur le leadership clinique infirmier ou le leadership n'était offerte avant ces sessions. Ainsi, le développement d'une intervention

pédagogique dès la première année du programme avait le potentiel de catalyser le développement du leadership des étudiantes (Dugan et Komives, 2007) et de bonifier le programme. Guidée par le cadre de référence de l'étude, la coconstruction a été choisie comme démarche de développement de l'intervention pédagogique visant à contribuer à l'apprentissage du leadership clinique infirmier.

### **3.4 Participantes de recherche**

Cette section contient deux sous-sections. La première porte sur les participantes de la coconstruction, soit les étudiantes et formatrices qui ont constitué l'équipe de coconstruction. La deuxième section porte sur les étudiantes et formatrices qui ont participé à l'appréciation qualitative de l'intervention pédagogique.

#### **3.4.1 Participantes à la coconstruction**

Le recrutement et la composition de l'équipe de coconstruction sont décrits dans l'article II présenté au chapitre 4 de la thèse. Des compléments d'information et des précisions sont apportés dans cette section.

Inspirée des travaux sur la perspective de la voix étudiante décrits au chapitre 2, une équipe composée d'étudiantes et de formatrices a été recrutée. Cette équipe a porté le nom « d'équipe de coconstruction ». L'équipe de coconstruction avait comme objectif de développer l'intervention pédagogique grâce à des rencontres durant lesquelles les membres de l'équipe étaient invitées à discuter de leurs idées d'intervention. Étant donné les similarités entre les rencontres d'équipe de coconstruction et les groupes de discussion, des écrits sur les *focus group* ont été consultés pour déterminer le nombre de membres de l'équipe. Krueger et Casey (2009), des experts en groupes de discussion, suggéraient entre six et huit participants alors que Touré (2009) recommandait entre six et 12 participantes. Le nombre total de membres a été établi à 10 en incluant l'étudiante-chercheuse qui était considérée dans la catégorie des formatrices. Nous avons choisi de réduire les effets des dynamiques de pouvoir (Taylor et Robinson, 2009) en équilibrant le nombre de membres provenant de chaque catégorie de participantes (5 étudiantes et 5 formatrices). Les critères d'inclusion ainsi que les

stratégies de recrutement seront présentés pour les étudiantes d'abord, puis pour les formatrices.

#### **3.4.1.1 Critères d'inclusion, stratégies de recrutement et sélection des étudiantes coconstructrices**

Les étudiantes de l'équipe ont été recrutées par un échantillonnage de convenance. Ce type d'échantillonnage permet de recruter des participantes facilement accessibles et qui répondent à des critères d'inclusion préétablis (Burns et Grove, 2011). Pour être admissibles, les étudiantes devaient avoir réussi la première année d'étude dans le programme de baccalauréat initial en sciences infirmières. Ce critère permettait de choisir des étudiantes pour le regard rétrospectif qu'elles pouvaient porter sur leur première année dans le programme (Bovill, 2014). Ces étudiantes étaient bien placées pour déterminer quelle activité aurait pu davantage les soutenir dans l'apprentissage de leur leadership clinique en 1<sup>re</sup> année.

Un courriel sollicitant la participation à l'étude a été envoyé à toutes les étudiantes admissibles via leur adresse courriel institutionnelle. Ce même courriel a été affiché sur la plateforme institutionnelle d'apprentissage en ligne. Six étudiantes ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. Les cinq premières étudiantes qui avaient communiqué avec l'étudiante-chercheuse ont été retenues pour faire partie de l'équipe. La sixième étudiante a été informée qu'elle avait été retenue comme membre substitut en cas de désistement. Aucun désistement n'a eu lieu.

#### **3.4.1.2 Critères d'inclusion, stratégies de recrutement et sélection des formatrices coconstructrices**

Les formatrices ont été recrutées à l'aide d'un échantillonnage par choix raisonné. Cet échantillonnage permet de sélectionner des participantes à l'aide de critères et selon leur contribution possible à l'étude (Burns et Grove, 2011). Les critères d'inclusion ont été choisis en collaboration avec la directrice de thèse. Ces critères ont été déterminés en fonction de la contribution possible de chaque formatrice à l'élaboration d'une intervention pédagogique pour des étudiantes de 1<sup>re</sup> année. Les personnes suivantes ont été ciblées :

- Une formatrice responsable de la première année, pour sa connaissance des unités d'apprentissage de cette année d'étude ;
- Une formatrice ayant enseigné dans la première année, pour sa connaissance du profil des étudiantes de 1<sup>re</sup> année ;
- Une formatrice ayant déjà enseigné un des deux (ou les deux) cours sur le leadership dans le programme, pour sa connaissance du contenu de ces cours qui permettrait d'agencer l'intervention développée ;
- Une formatrice du secteur clinique, pour sa connaissance à la fois des milieux clinique et académique, soit une infirmière monitrice clinique, une coordonnatrice de stage ou une clinicienne associée.

Un seul critère d'exclusion a été élaboré. Ce critère avait pour objectif de respecter un des principes éthiques de l'Énoncé de politique des trois Conseils (2010) portant sur le respect des participantes de recherche et particulièrement, l'autonomie des étudiantes membres de l'équipe. Les formatrices ont été avisées qu'elles ne pouvaient pas participer à l'étude si, durant la période d'engagement prévue pour la recherche, elles étaient appelées à enseigner aux étudiantes membres de l'équipe. Ce critère permettait aux formatrices de dissocier leur rôle de participantes de recherche et de formatrices, évitant ainsi des conflits d'intérêts (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2010). Ces informations ont été transmises dans les messages de recrutement et dans le formulaire d'informations et de consentement.

Le recrutement des formatrices a été réalisé à l'aide d'un envoi courriel personnalisé. Quatre personnes ont accepté l'invitation de participation soit : une professeure responsable de la première année, un professeur impliqué dans l'enseignement des cours de première année, une professeure qui enseignait un des cours sur le leadership et une coordonnatrice responsable des stages de 1<sup>re</sup> année.

L'équipe de coconstruction était composée de cinq étudiantes (n = 5), quatre formatrices (n = 4) et l'étudiante-chercheuse qui agissait à titre de facilitatrice, pour un total de 10 personnes. Aucun membre de l'équipe de coconstruction ne s'est retiré durant l'étude.

### **3.4.2 Participantes à l'évaluation qualitative**

Le recrutement et la constitution des participantes pour l'évaluation qualitative sont présentés dans l'article III au chapitre 4. Des compléments d'information et des précisions sont apportés dans les prochaines sections. En recherche développement, les utilisatrices d'intervention pédagogique ont un double visage : ce sont les étudiantes et le corps enseignant (Van der Maren, 2003). Les étudiantes « vivaient » l'intervention pédagogique alors que les tutrices<sup>6</sup> et préceptrices<sup>7</sup> facilitaient son déploiement.

Il est important de noter que l'intervention développée par l'équipe de coconstruction était composée de deux activités (décrites dans l'article III au chapitre 4) : une activité en classe qui a été intégrée à un cours existant et une activité en stage qui a été intégrée à un stage en milieu clinique. Les critères d'inclusion et les stratégies de recrutement pour chaque catégorie de participantes sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

#### **3.4.2.1 Critères d'inclusion, stratégies de recrutement et sélection des étudiantes évaluatrices de l'intervention pédagogique**

Toutes les étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières de formation initiale qui avaient pris part à, au moins, une des activités de l'intervention devenaient admissibles. Nous avons sollicité la participation de l'ensemble des étudiantes admissibles (n=386) par un message envoyé à l'adresse courriel institutionnelle de chaque étudiante.

Pour les étudiantes qui mettaient à l'essai l'activité en classe, nous avons intégré une lettre d'invitation au guide de l'étudiante, c'est-à-dire le matériel pédagogique qui accompagnait l'activité en classe. Nous avons aussi recruté des étudiantes en réalisant une

---

<sup>6</sup> Les tutrices sont des infirmières. Elles sont des employées contractuelles qui ont comme responsabilité d'accompagner et guider les étudiantes lors d'activités en petits groupes en milieu académique (Faculté des sciences infirmières, 2017).

<sup>7</sup> Le terme préceptrices englobe les infirmières monitrices ou préceptrices en milieux de soins. Une monitrice est « une infirmière du milieu clinique qui est dégagée de ses fonctions habituelles afin d'accompagner un groupe de 4 à 6 étudiantes lors de leur stage. Elle est responsable de l'accueil des étudiantes, de leur accompagnement pédagogique ainsi que de leurs évaluations » (Faculté des sciences infirmières, 2018, p. 5). Une préceptrice est une infirmière du milieu clinique ou communautaire qui accompagne une étudiante lors de son stage tout en conservant sa charge de travail habituelle. Elle est responsable de l'accueil de l'étudiant, son accompagnement et son évaluation (Faculté des sciences infirmières, 2018).

courte présentation lors d'un cours qui a eu lieu après la mise à l'essai. Ces trois méthodes n'ont pas permis de recruter un nombre suffisant de participantes et le comité d'éthique institutionnelle a accepté l'ajout des méthodes de recrutement décrites ci-dessous.

Trois méthodes de recrutement ont été ajoutées pour tenter d'augmenter le nombre d'étudiantes participantes. En premier lieu, nous avons procédé à l'envoi de messages électroniques massifs et publics ainsi que des messages personnalisés et privés sur la plateforme institutionnelle d'apprentissage en ligne. En deuxième lieu, les étudiantes ont été informées qu'en participant à l'étude, elles devenaient admissibles à un tirage leur permettant de gagner une des trois cartes cadeaux d'une valeur de 50 \$ chacune. Cette information a été ajoutée aux messages de recrutement. En dernier lieu, à la fin de chacune des entrevues individuelles ou de groupe, l'étudiante-chercheuse procédait à un recrutement par boule de neige (Patton, 2002) en demandant aux participantes de recommander des collègues. Dans l'ensemble, ces méthodes ont permis de recruter 23 étudiantes.

#### **3.4.2.2 Critères d'inclusion, stratégies de recrutement et sélection des formatrices évaluatrices de l'intervention pédagogique**

Toutes les tutrices (n=8) qui avaient soutenu le déploiement de l'activité en classe étaient admissibles à participer à l'étude. Les tutrices ont été recrutées à l'aide d'une lettre d'invitation intégrée au guide de la tutrice, c'est-à-dire le matériel pédagogique qui accompagnait l'activité en classe. Nous avons aussi envoyé un courriel à toutes les tutrices admissibles. De plus, elles ont été rencontrées par l'étudiante-chercheuse lors d'une rencontre préparatoire du cours dans lequel l'activité en classe était mise à l'essai. Quatre des huit tutrices ont accepté de participer à l'étude.

Toutes les préceptrices (n=14) qui ont soutenu le déploiement de l'activité en stage étaient admissibles. Elles ont toutes été contactées par courriel. Vu leur dispersion géographique, il n'a pas été possible d'aller à la rencontre de chacune des préceptrices pour présenter l'étude. Deux préceptrices ont accepté de participer à l'étude pour s'exprimer sur l'activité en stage.

En somme, les différentes stratégies de recrutement ont permis de recruter 29 participantes, dont 23 étudiantes, quatre tutrices et deux préceptrices. Vingt-trois étudiantes et



quatre tutrices se sont prononcées sur l'activité en classe tandis que quatre étudiantes et deux préceptrices ont fait de même pour l'activité en stage. Il est à noter que quatre étudiantes ont accepté d'évaluer les deux activités. Pour cette raison, le nombre total de participantes (n=29) est moins élevé que la somme des nombres d'évaluatrices pour les deux activités (n=33).

## **3.5 Dérroulement de l'étude**

L'étude s'est déroulée en étapes interdépendantes et séquentielles : la coconstruction de l'intervention pédagogique suivie de sa mise à l'essai et son évaluation qualitative.

### **3.5.1 Coconstruction de l'intervention pédagogique**

La coconstruction, ainsi que la collecte et l'analyse de données en lien avec ce processus sont décrites dans l'article II au chapitre 4. Certains aspects qui n'ont pas pu être discutés dans l'article seront repris et approfondis ici.

Après avoir obtenu l'autorisation de mener le projet dans le programme d'études choisi de la part de la vice-doyenne de même que l'approbation éthique, l'étude a commencé avec le recrutement de l'équipe de coconstruction. Une fois le recrutement complété, les rencontres de coconstruction ont débuté. Trois rencontres de deux heures ont été tenues entre septembre et décembre 2014. Durant les rencontres de coconstruction, tous les membres de l'équipe étaient appelés à interagir pour développer l'intervention pédagogique. L'étudiante-chercheuse facilitait les échanges durant les rencontres à l'aide d'un ordre du jour qui indiquait les thématiques à discuter, en apportant du matériel pour amorcer la discussion (Krueger et Casey, 2009), en posant des questions et en invitant les membres à apporter du matériel qui pouvait faciliter la prise de décisions par l'équipe.

Durant les rencontres, l'ordre du jour agissait comme guide d'entrevue (Harvey, 2007). L'ordre du jour évoluait d'une rencontre à l'autre selon les discussions et les suggestions des membres de l'équipe. Toutes les rencontres ont été enregistrées audio et des comptes-rendus ont été rédigés par l'étudiante-chercheuse à l'aide de ces enregistrements. Au début de chaque rencontre, ces comptes-rendus ont été validés par les membres de l'équipe.

Après chaque rencontre de coconstruction, l'étudiante-chercheuse notait ses observations dans un document électronique ou les enregistrait audio. Harvey et Loiselle (2009) affirment que le journal de bord est un outil central durant la phase de développement de l'intervention et que la tenue de ce journal permet à la chercheuse de s'engager dans une démarche de réflexion. Toute information jugée significative par l'étudiante-chercheuse a été colligée dans son journal de bord (Harvey, 2007). Les observations ont porté sur le déroulement des rencontres, ses premières impressions sur les échanges durant les rencontres, ses réflexions sur la dynamique de l'équipe de coconstruction, des points à améliorer au niveau de l'animation et les échanges avec des membres de l'équipe qui ont eu lieu à l'extérieur des heures de rencontres.

En novembre 2015, soit un an après la fin des rencontres de coconstruction et une fois la mise à l'essai complétée, tous les membres de l'équipe ont été invités à participer à une entrevue de groupe. À l'invitation courriel à cette rencontre était joint le guide d'entrevue qui serait utilisé par l'équipe d'animateurs. Le guide d'entrevue, présenté à l'Annexe B, comportait les sujets suivants: 1) l'expérience de coconstruction (défis rencontrés et facteurs facilitants); 2) le déroulement des rencontres; 3) la préparation personnelle aux rencontres; 4) les réflexions personnelles durant les rencontres et; 5) les impressions sur les résultats de la coconstruction. Six des dix membres de l'équipe de coconstruction ont participé à cette entrevue, dont l'étudiante-chercheuse.

L'équipe chargée de faciliter l'entrevue était composée d'une chercheuse provenant d'une autre université et d'un professionnel de recherche qui n'étaient pas impliqués dans le projet. Cette entrevue a duré 60 minutes et la séance de débriefage de l'équipe d'animateurs a été d'une durée de 20 minutes. Après l'entrevue, l'équipe d'animateurs a remis l'enregistrement audio de l'entrevue et de leur séance de débriefage ainsi que leurs notes manuscrites à l'étudiante-chercheuse.

### **3.5.2 Mise à l'essai et évaluation qualitative de l'intervention pédagogique**

Au terme des trois rencontres de coconstruction, l'intervention pédagogique avait pris forme : le contenu, le moment de la mise à l'essai, les méthodes pédagogiques à privilégier

avaient été choisis par l'équipe. L'intervention était composée de deux activités : une par semestre d'études de première année. Au moment de l'étude, cette première année était composée de deux semestres.

L'étudiante-chercheuse a procédé à l'élaboration du matériel pédagogique nécessaire pour la mise à l'essai de l'intervention. Le matériel pédagogique suivant a été développé pour l'activité en classe : deux vidéos, un guide pour l'étudiante et un guide pour la tutrice. Ce matériel a fait l'objet d'une validation par les membres de l'équipe de coconstruction et par le chargé de cours dans lequel la mise à l'essai a eu lieu. Le matériel pédagogique suivant a été développé pour l'activité en stage : un canevas pour un journal d'apprentissage et un document pour soutenir la rétroaction des préceptrices sur le journal d'apprentissage. Ce matériel a été validé par les membres de l'équipe de coconstruction ainsi qu'une coordonnatrice de stage. Les mises à l'essai se sont déroulées de janvier 2015 à septembre 2015.

Le tout premier cours du programme de baccalauréat a été sélectionné comme moment pour la mise à l'essai de l'activité en classe. Ce cours avait lieu à la 1<sup>re</sup> session de la 1<sup>re</sup> année du programme. Avant la mise à l'essai de l'activité en classe, les tutrices ont été rencontrées par l'étudiante-chercheuse lors d'une rencontre de préparation du cours. L'activité leur a été expliquée et comme mentionnée précédemment, l'étudiante-chercheuse a procédé au recrutement des tutrices durant cette rencontre. Deux mises à l'essai de l'activité en classe ont eu lieu. Ce sont 386 étudiantes et huit tutrices qui y ont pris part.

Le deuxième stage du programme de baccalauréat a été sélectionné comme moment pour la mise à l'essai de l'activité en stage. Ce stage avait lieu à la 2<sup>e</sup> session de la 1<sup>re</sup> année du programme. Aucune rencontre n'a eu lieu avec les préceptrices avant le déploiement de l'activité en stage. Une seule mise à l'essai de l'activité en stage a eu lieu. Ce sont 97 étudiantes et 14 préceptrices qui ont mis à l'essai cette activité.

La collecte de données pour l'évaluation qualitative s'est déroulée de mars 2015 à janvier 2016. Des entrevues individuelles et de groupe ont permis de collecter des données sur l'appréciation de l'activité par les étudiantes et les formatrices (tutrices et préceptrices) et sa contribution à l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Toutes les entrevues ont été

menées par l'étudiante-chercheuse qui a suivi deux cours de 7 h en animation de groupe de discussion et avait une expérience de recherche antérieure en entrevues individuelles. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audionumérique.

Quinze entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de 7 étudiantes, 4 tutrices<sup>8</sup> et 2 préceptrices<sup>9</sup>. Deux des sept étudiantes ont été interviewées individuellement à deux reprises : une première fois pour partager leur appréciation de l'activité en classe et une deuxième fois pour apprécier l'activité en stage. Les entrevues étaient d'une durée variant entre 27 à 60 minutes.

Six entrevues de groupe ont été conduites auprès de 16 étudiantes. Le nombre de participantes à ces entrevues a varié entre 2 et 6. Ces entrevues ont duré entre 39 et 59 minutes. Une assistante de recherche (une étudiante aux cycles supérieurs) a observé cinq des six entrevues de groupe. Le rôle principal de l'assistante était de prendre des notes durant l'entrevue (Krueger et Casey, 2009). Ces notes servaient à alimenter les discussions lors de la séance de débriefage qui suivait l'entrevue.

Après chaque entrevue, une séance de débriefage avait lieu avec l'assistante de recherche. Ces séances duraient entre 12 et 38 minutes et étaient enregistrées sur bande audionumérique. Les séances de débriefage servaient à partager des impressions initiales de l'entrevue, discuter des données obtenues (données saillantes et perspectives étudiantes divergentes), clarifier certains propos des participantes, parler de la dynamique du groupe de participantes et reformuler des questions en prévision des entrevues ultérieures (Given, 2008). Pour l'entrevue qui n'a pas pu bénéficier d'un observateur, l'assistante de recherche a écouté l'enregistrement audio de l'entrevue. L'étudiante-chercheuse et l'assistante de recherche se sont ensuite rencontrées pour tenir la séance de débriefage.

---

<sup>8</sup> Il avait été prévu de mener des entrevues de groupe avec les tutrices, mais l'organisation de ces entrevues n'a pas été possible faute de recrutement et de difficultés de trouver des moments communs pour la tenue des entrevues. Des entrevues individuelles ont eu lieu.

<sup>9</sup> Il avait été prévu de mener des entrevues de groupe avec les préceptrices, mais l'organisation de ces entrevues n'a pas été possible faute de recrutement et de dispersion géographique. Des entrevues individuelles ont eu lieu.

## **3.6 Outils de collecte de données**

Les outils de collecte sont présentés selon les étapes de l'étude. La première section porte sur les outils de collecte pour la coconstruction. La deuxième section présente ceux en lien avec l'évaluation qualitative.

### **3.6.1 Outils de collecte de données liées à la coconstruction**

Trois outils de collecte de données ont été utilisés lors de la coconstruction soit un questionnaire sociodémographique, la documentation sur le processus de coconstruction et un guide d'entrevue de groupe post-coconstruction. Ces outils ont soutenu la collecte de données en vue de répondre à la première question de recherche : quelle est l'expérience pour des étudiantes et des formatrices en sciences infirmières impliquées dans le processus de coconstruction d'une intervention pédagogique visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier ?

#### **3.6.1.1 Questionnaire sociodémographique**

Afin de dresser le portrait des membres de l'équipe de coconstruction, un questionnaire sociodémographique a été développé par l'étudiante-chercheuse et rempli par les participantes. Les membres devaient indiquer leur année de naissance, leur dernier niveau de scolarité complété avec la discipline associée, et leur origine ethnique. Des données sur l'origine ethnique ont été collectées puisque les étudiants dans le milieu de l'étude sont d'origines diverses. Les formatrices devaient, en plus, fournir le titre de leur poste, le nombre d'années d'expérience comme infirmière et comme formatrice. Le questionnaire est disponible à l'Annexe C.

#### **3.6.1.2 Documentation du processus de coconstruction**

Des documents électroniques décrivant le processus de coconstruction ont été collectés. Ces documents sont les ordres du jour, les comptes-rendus, les enregistrements audio des rencontres et le journal de bord de l'étudiante-chercheuse.

### **3.6.1.3 Guide de l'entrevue post-coconstruction**

L'entrevue post-coconstruction se voulait l'occasion de faire un retour sur l'expérience des membres de l'équipe de coconstruction. Un guide d'entrevue a été développé par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec sa directrice de thèse. Ce guide a été conçu en s'inspirant d'auteurs dont les travaux ont porté sur les groupes de discussion (Baribeau, 2013 ; Baribeau et Germain, 2010) et sur la rédaction de guide d'entrevue (Paillé, 1991; Van der Maren, 2010).

Le guide est disponible à l'Annexe B et traite des perceptions des membres sur le processus de coconstruction : leur préparation personnelle aux rencontres, le déroulement des rencontres et les retombées de la coconstruction.

## **3.6.2 Outils de collecte de données liées à l'évaluation qualitative**

Trois outils de collecte de données ont été utilisés soit des questionnaires sociodémographiques, des guides pour les entrevues individuelles et un guide pour les entrevues de groupe. Ces outils ont soutenu la collecte de données en vue de répondre à la deuxième question de recherche : quelles sont les composantes d'une intervention pédagogique coconstruite qui contribuent, selon des étudiantes et des formatrices, à l'apprentissage du leadership clinique infirmier chez des étudiantes en 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières ?

### **3.6.2.1 Questionnaires sociodémographiques**

Deux versions d'un questionnaire ont servi à dresser un portrait des participantes de cette étape de l'étude. Toutes les participantes étaient invitées à répondre à des questions sur leur sexe, âge et origine ethnique. Les étudiantes étaient invitées à répondre à deux questions spécifiques : si elles avaient déjà participé à 1) des activités parascolaires et ; 2) des activités sur le leadership. La participation à ces types d'activités pouvait avoir une influence sur le développement du leadership clinique infirmier (Pepin et al., 2011). Le questionnaire sociodémographique pour les étudiantes évaluatrices est présenté à l'Annexe D. Les formatrices étaient invitées à répondre à deux questions supplémentaires sur le nombre

d'années d'expérience en tant que formatrice et en tant qu'infirmière. Le questionnaire sociodémographique pour les formatrices évaluatrices est présenté à l'Annexe E.

### **3.6.2.2 Guides d'entrevues individuelles**

Les entrevues individuelles étaient idéales pour obtenir les opinions et les représentations des individus à partir de leur cadre de référence personnel (Van der Maren, 1996) et permettaient l'exploration en profondeur d'un sujet (Baribeau et Royer, 2012; Patton, 2002). Le guide d'entrevue a été rédigé pour faire émerger les perceptions quant 1) à l'appréciation de l'activité ; 2) aux points forts et aux points à améliorer de l'activité et ; 3) aux apprentissages réalisés grâce à l'activité. Trois guides ont été développés : un pour les étudiantes, un pour les tutrices et un pour les préceptrices. Tel qu'expliqué précédemment, il avait été prévu de mener des entrevues de groupe avec les formatrices, mais différentes contraintes ont empêché la tenue de ces entrevues. Les guides d'entrevues de groupe ont été modifiés pour refléter la dynamique des entrevues individuelles tout en respectant la nature des questions posées dans les guides originaux. Le comité d'éthique a été informé de ces changements. Les différents guides sont présentés à l'Annexe F.

Les guides d'entrevue restaient semblables d'une entrevue à une autre, mais certaines questions évoluaient au fil des entrevues. Par exemple, dans le cas d'étudiantes qui revenaient de leur premier stage, l'étudiante-chercheuse leur demandait de parler de leur expérience de stage et de l'expression du leadership clinique infirmier durant celui-ci.

### **3.6.2.3 Guide d'entrevues de groupe**

Les entrevues de groupe sont utiles à différents moments lors du développement de programmes ou d'interventions puisqu'elles permettent de recueillir le point de vue du public cible (Krueger et Casey, 2009). Le guide d'entrevue a servi comme outil pour permettre aux participantes d'échanger leur point de vue sur l'activité. Trois thèmes étaient abordés dans le guide d'entrevue. Ces thèmes étaient : les impressions générales de l'activité, ce qui avait bien fonctionné et ce qui n'avait pas bien fonctionné et ce que les étudiantes ont appris sur le leadership clinique infirmier (Krueger et Casey, 2009). Le guide est présenté à l'Annexe G.

Afin d'amorcer la discussion de groupe, les étudiantes ont été invitées à coter l'activité en classe en utilisant le système de notation A+ (« j'ai beaucoup apprécié l'activité ») et F (« je n'ai pas du tout apprécié l'activité »). Cette technique de questionnement, nommé *Report Card* par Krueger et Casey (2009), permet à l'animateur de cibler les éléments à discuter durant l'entrevue. Cette technique a été utilisée pour évaluer l'activité en classe dans son ensemble et les sous-activités qui la composaient soit le remue-méninges et les vidéos.

Toutes les participantes ont d'abord été invitées à procéder de façon individuelle à l'appréciation des sous-activités. Puis, elles procédaient au partage de leur évaluation avec le groupe avec leurs premiers commentaires pour expliquer leur score. Cette manière de procéder, c'est-à-dire par une réflexion individuelle avant de débiter les échanges, permettait à chaque étudiante de prendre conscience de son appréciation de l'activité sans l'influence des collègues. Les échanges ont ensuite permis à chaque étudiant de comparer son score et les éléments l'expliquant avec les autres participantes.

### **3.7 Gestion et analyse des données**

Toutes les entrevues individuelles et de groupe et les séances de débriefage ont été enregistrées sur bande audionumérique. Seules les entrevues ont été transcrites textuellement par une tierce personne avec l'utilisation d'un logiciel de traitement de texte. Les séances de débriefage sont demeurées en format audio.

Toutes les données, mises à part les données sociodémographiques, ont été importées dans le logiciel d'analyse qualitative Atlas.Ti 7.0 (qui a été mis à jour à la version 8.0 en cours d'analyse). Ce logiciel a été utilisé pour thématiser les documents écrits et les enregistrements audio qui n'avaient pas été transcrits. Il permettait, à même le logiciel, de produire des schémas. Les données sociodémographiques ont été entrées dans un logiciel tableur (Microsoft Excel) qui permettait leur analyse et leur organisation.

L'analyse thématique des données selon Paillé et Mucchielli (2010) a été choisie comme méthode d'analyse pour répondre aux deux questions de recherche. L'intérêt d'utiliser l'analyse thématique est le faible ou moyen niveau d'inférence (Paillé et Mucchielli, 2010) qui permet au chercheur de thématiser en restant proche des indices dans le matériel à analyser.



Ceci permet de rester fidèle aux propos des participantes. Une approche inductive a été choisie pour faire émerger les thèmes à partir des données.

L'analyse des données a été réalisée en deux temps. Les données relatives à la coconstruction ont d'abord été analysées suivies des données issues de l'appréciation qualitative. Ces démarches d'analyse sont décrites dans les articles II et III, respectivement.

L'analyse des données de la coconstruction et de l'appréciation qualitative a procédé de la même façon. Nous avons commencé par une familiarisation du matériel de recherche par l'écoute des entrevues de façon concomitante à la correction des transcriptions (Braun et Clarke, 2006). Cette lecture s'est effectuée en gardant en tête la question qui guide l'analyse thématique : qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos (Paillé et Mucchielli, 2010) ?

Ensuite, une démarche de thématisation continue (Paillé et Mucchielli, 2010) a été privilégiée : les documents écrits et audio ont été annotés de thèmes. Une fois tous les documents analysés, il a été possible de voir des recoupements, divergences et complémentarités dans les thèmes (Paillé et Mucchielli, 2010) qui ont été représentés dans des schémas. Ces schémas étaient accompagnés d'extraits d'entrevues qui évoquaient les thèmes. Ces schémas constituaient une « représentation synthétique et structurée du contenu analysé [...] » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 261) et permettaient de mettre les thèmes en relation. Un exemple de schéma d'analyse est présenté à l'Annexe H. Durant toute la démarche d'analyse, l'étudiante-chercheuse s'est référée à ses deux questions de recherche.

### **3.8 Considérations éthiques**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université dans laquelle l'étude s'est déroulée. Le certificat d'éthique se retrouve à l'Annexe I. Une attention particulière a été portée aux considérations éthiques relatives aux populations captives.

Les étudiantes sont considérées comme une population captive (Gouvernement du Canada - groupe consultatif interagences en éthique de la recherche, 2006; Vandebosch, 2008) puisqu'elles dépendent de l'établissement où se déroule la recherche pour leur formation. Les étudiantes auraient pu ressentir qu'un refus de participation à la recherche les pénalise dans leurs études ou l'évaluation de leurs apprentissages. Des formulaires d'informations et de

consentement stipulaient que la participation (ou le retrait) à l'étude n'aurait aucun impact sur leurs évaluations, évitant ainsi des pratiques de recrutement coercitives qui sont à l'encontre de l'Énoncé de politique des trois conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (2010). Ces formulaires ont été signés par toutes les étudiantes participantes avant de commencer les entrevues afin d'assurer que leur consentement soit libre et éclairé. Cette séparation entre le projet de recherche et les études académiques a été maintenue tout au long de l'étude et, en aucun temps, les étudiantes qui participaient à l'étude n'ont reçu des crédits supplémentaires, des évaluations favorables ou défavorables. L'identité des étudiantes participantes n'a pas été connue par leurs professeurs.

De plus, les formatrices de l'équipe de coconstruction ont été informées qu'elles ne pouvaient pas se retrouver en position d'autorité, c'est-à-dire enseigner aux étudiantes membres de l'équipe de coconstruction durant le projet. Cette information était indiquée dans le formulaire d'information et de consentement et était un critère d'exclusion de l'étude.

Les formatrices qui participaient à l'évaluation qualitative de l'activité ont été informées que leur participation à cette étude n'aurait aucun impact sur l'évaluation de leur rendement au travail. Cette information a été transmise verbalement par l'étudiante-chercheuse avant de commencer les entrevues et était incluse dans le formulaire d'information et de consentement. Les différents formulaires d'informations et de consentement se retrouvent à l'Annexe J.

### **3.9 Critères de scientificité**

Quatre critères de rigueur scientifique propres à la recherche qualitative ont été décrits par Guba et Lincoln (1989) : la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation. De plus, nous avons retenu deux critères de scientificité propres à la recherche développement soit : le caractère novateur de l'intervention et de l'expérience et l'établissement de liens entre l'expérience de développement et un corpus de connaissances scientifiques (Harvey et Loiselle, 2009; Loiselle, 2001).

La crédibilité fait référence à la plausibilité de l'interprétation des données de recherche. Une analyse rigoureuse des données permet de répondre à ce critère de scientificité.

L'interprétation de l'étudiante-chercheuse peut l'amener à déformer les propos qui lui sont rapportés. Pour contrer ceci, plusieurs mécanismes ont été utilisés. En premier lieu, en lien avec la coconstruction, les participantes étaient invitées à relire les comptes-rendus des rencontres de coconstruction pour s'assurer que leurs idées avaient été bien rapportées (Koch, 2006). En deuxième lieu, l'entrevue post-coconstruction et les entrevues portant sur l'appréciation qualitative ont été analysées de façon indépendante par l'étudiante-chercheuse et sa directrice de thèse. Des rencontres ont eu lieu pour discuter de l'analyse. Les données issues des séances de débriefage ont aussi fourni une troisième interprétation des données. Ainsi, la mise en commun de ces interprétations a permis de construire une interprétation partagée (Lincoln et Guba, 2013). Aussi, les thèmes issus de l'analyse des données ont été validés par la directrice de thèse (Karsenti et Savoie-Zajc, 2011). Dans la présentation des résultats au chapitre 4, ces thèmes sont accompagnés d'extraits d'entrevues qui soutiennent leur formulation.

La fiabilité fait référence à la stabilité des données durant l'étude (Guba et Lincoln, 1989). Des changements font partie du processus de recherche. Ainsi, il faut être en mesure de retrouver les raisons qui justifient ces changements et les décisions méthodologiques de l'étudiante-chercheuse (Sylvain, 2008). Harvey et Loiselle (2009) recommandent de décrire de façon détaillée le contexte et le déroulement du processus de développement de l'intervention (coconstruction) et d'évaluation. Un journal de bord et des comptes-rendus ont permis de garder une preuve documentaire de toutes les décisions prises, les modifications effectuées et leur justification respective.

La transférabilité réfère à la question suivante : est-ce que la recherche est transposable à d'autres contextes ? Pour répondre à ce critère, il faut être en mesure de retrouver la démarche dans son intégrité et prévoir une diffusion des résultats de recherche (Sylvain, 2008). Une description détaillée du contexte de l'étude a fait l'objet du présent chapitre. La rédaction et la diffusion d'écrits scientifiques sont proposées comme démarche pour respecter ce critère (Harvey et Loiselle, 2009). Deux articles ont permis de diffuser les résultats de l'étude. Plus précisément, les articles II et III de cette thèse offrent, respectivement, une description du processus de coconstruction et de l'évaluation qualitative de l'intervention pédagogique. Plus spécifiquement, ces articles présentent une description du déroulement de

la coconstruction, de la structure du programme de formation et de sa définition spécifique du leadership clinique infirmier et de l'intervention pédagogique. Ces informations peuvent permettre à des chercheuses et formatrices d'évaluer si la coconstruction et l'intervention pédagogique coconstruite peuvent être implantées dans leur contexte vu les ressources nécessaires pour les mettre en œuvre (Koch, 2006). De plus, en 2014, les membres de l'équipe de coconstruction ont collaboré avec l'étudiante-chercheuse pour la diffusion des résultats en présentant une communication orale sur l'expérience de coconstruction lors d'un colloque.

Pour Loiselle (2001), l'ouverture vers des pistes de recherche dépassant le cas ainsi que la mise à jour des caractéristiques essentielles de l'intervention sont des moyens pouvant être utilisés pour répondre au critère de transférabilité. Dans cette étude, les résultats de l'appréciation qualitative nous amènent à envisager des études subséquentes pour développer et évaluer des interventions pédagogiques sur le leadership clinique infirmier pour des étudiantes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année. Ces études contribueraient au corpus de connaissances sur les activités pédagogiques soutenant l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes infirmières. En lien avec la mise à jour des caractéristiques essentielles de l'intervention, à la fin de l'article III, nous proposons des modifications à l'intervention en vue d'une future mise à l'essai.

Le critère de la confirmation « permet de s'assurer que les interprétations et les résultats sont enracinés dans le contexte et les personnes, et ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur. » (Sylvain, 2008, p. 8). L'utilisation de différentes méthodes de collecte de données (entrevues individuelles et de groupe, analyse des documents de la coconstruction, journal de bord) et auprès de différentes participantes (étudiantes, tutrices, préceptrices), processus nommé triangulation des données (Lincoln et al., 2011), a permis de faire émerger différentes perceptions de la coconstruction et de l'intervention. Cette triangulation permet de répondre au critère de confirmation.

Deux critères de scientificité sont propres à la recherche développement : 1) le caractère novateur de l'intervention et de l'expérience et ; 2) l'établissement de liens entre l'expérience de développement et un corpus de connaissances scientifiques (Harvey et Loiselle, 2009; Loiselle, 2001). Les deux premiers chapitres de la thèse ont servi à dresser un portrait des différentes considérations qui ont mené à l'élaboration de cette étude. Au premier

chapitre, nous avons souligné le peu d'activités pédagogiques visant la formation au leadership clinique d'étudiantes infirmières. Au deuxième chapitre, nous soulignons également le peu de projets en sciences infirmières qui ont mis en œuvre la perspective de la voix étudiante. Pour cette raison, nous considérons que la coconstruction de même que l'intervention pédagogique sont novatrices. Au deuxième chapitre, le cadre de référence de l'étude a été présenté. Ce cadre était composé du constructivisme et de la perspective de la voix étudiante et a guidé tant la coconstruction que l'appréciation qualitative de l'intervention pédagogique.

Nous présentons les résultats au prochain chapitre.

## Chapitre 4 Résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche qui avait pour but de coconstruire, avec un groupe d'étudiantes et de formatrices, une intervention pédagogique et à en décrire les composantes qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes tôt dans la formation initiale. Les réponses aux deux questions de recherche ont pris la forme d'articles (II et III), chacun traitant d'une question de recherche. La première partie du chapitre contient les résultats qui permettent de répondre à la première question de recherche : quelle est l'expérience pour des étudiantes et des formatrices en sciences infirmières impliquées dans le processus de coconstruction d'une intervention pédagogique visant l'apprentissage du leadership clinique infirmier ? La deuxième partie du chapitre contient les résultats qui permettent de répondre à la deuxième question de recherche : quelles sont les composantes d'une intervention pédagogique coconstruite qui contribuent, selon des étudiantes et des formatrices, à l'apprentissage du leadership clinique infirmier chez des étudiantes en 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières ?

### 4.1 Introduction à l'article II

L'article II<sup>10</sup> rapporte les résultats de l'analyse du processus de coconstruction d'une équipe formée d'étudiantes et de formatrices en sciences infirmières qui ont développé une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier. L'article a été publié en 2017 dans la revue *Nurse Education Today*. Cet article présente les appuis à la coconstruction, soit des travaux théoriques et empiriques sur la voix étudiante. La description du processus de coconstruction a été réalisée en procédant de manière chronologique : avant, durant et après la coconstruction. Les résultats de l'analyse du processus ont permis de mettre en lumière des principes qui ont facilité la coconstruction ainsi que des retombées pour les personnes qui y ont participé.

---

<sup>10</sup> Ha, L. and Pepin, J. (2017). Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: A qualitative research and development study. *Nurse Education Today*, 55, 90-95. doi:10.1016/j.nedt.2017.05.006

## **ARTICLE II: Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: A qualitative research and development study**

### **Abstract**

**Background:** Student voice posits that students' unique perspectives on teaching and learning can be used in conjunction with those of educators to create meaningful educational activities.

**Objective:** The study aimed to describe nursing students' and educators' experiences during the co-construction of educational activities involving clinical nursing leadership.

**Design:** Qualitative research and development model.

**Setting:** The study was conducted at a French-Canadian nursing faculty that provides a 3-year undergraduate program.

**Participants:** Five undergraduate nursing students, four nursing educators, and the principal investigator formed the co-construction team.

**Methods:** Data collected included all documents (written and audio) related to the co-construction process: three 2-hour team meetings, PI's fieldnotes and a focus group discussion that occurred once the co-construction process was completed. Thematic analysis was performed guided by Paillé and Muchielli's (2010) method.

**Results:** Data analysis revealed two interrelated themes: (1) unique, purposeful collaboration and (2) change that makes a difference. A space described as safe, without hierarchy and that included the "right" people helped the team achieve their objective of creating new educational activities on clinical nursing leadership. The two new learning activities developed by the team were perceived as useful for future nursing students. At the individual level, team members appreciated how co-construction helped them understand teaching and learning from new perspectives.

**Conclusions:** A structured, efficient co-construction process contributed to positive changes in the nursing program and participants. Additional research is required to enhance

understanding of the factors that facilitate and hinder student-educator collaboration outside the classroom.

Keywords: student voice; collaboration; nursing students; nursing educators; learning activities; qualitative research

### **Conflicts of interest**

None.

### **Acknowledgments**

We thank all co-construction team members for their involvement in this project. The first author received doctoral scholarships from the Fonds de recherche du Québec–Société et Culture (FRQ–SC) and Équipe FUTUR, funded by the FRQ–SC; the Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du Québec ; Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ; and Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Montréal. The Quebec Nursing Intervention Research Network, funded by the Fonds de recherche du Québec–Santé (RES-26674), provided funding for language editing for the manuscript.

### **Introduction**

Student voice posits that students have unique perspectives on teaching and learning that should be taken into account when redesigning curricula or creating teaching methods (Cook-Sather, 2006). Students are a valuable resource in teaching and learning, but remain rarely consulted (Bovill et al., 2011). In higher education, the norm is that faculty members will design, plan, deliver and assess students' work (Cook-Sather, 2014a), but an international movement has started to question this norm by engaging students in different aspects of their own education and reporting the benefits of such student engagement (Bovill, 2013; Cook-Sather et al., 2014; Little et al., 2011).

In nursing, some studies have mobilized students to gather their feedback on their learning experiences (Ralph et al., 2009; Thornton and Chapman, 2000), but few have reported student participation during the revision or construction of learning activities. In this



study, a small group of co-constructors comprised of nursing students, educators and the PI worked together to develop new learning activities on clinical nursing leadership (CNL).

The aim of this paper is to describe nursing students' and educators' experiences of the co-construction process of learning activities on clinical nursing leadership (CNL).

## **Background**

In their seminal article on clinical nursing leadership (CNL), Cook and Leathard (2004) highlighted the paucity of research examining ways of preparing nurses to express CNL even though this competency is essential to ensure that patients receive safe and effective care (Casey et al., 2011). An international scoping review conducted by Brown et al. (2015) showed that only four publications mentioning both CNL and preregistration nursing programs had been published between 1990 and 2013. These authors concluded that there are no clear guidelines for CNL education in nursing. Without guidelines or best practices to CNL preparation, nursing educators must find innovative ways to achieve this preparation (Halstead, 2013). Student voice was used as an innovative strategy to co-construct learning activities on CNL.

Co-construction is a term inspired by Bovill (2013) on co-creation of curriculum. Co-creation of curriculum is defined as “a collaborative approach to the design and creation of learning and teaching experiences [and] implies a mutual process that is imaginative, inventive, and resourceful. It draws on ideas from staff and from students” (Bovill, 2013, p. 462-463). We used the term “co-construction” to represent the constructivist research paradigm (Lincoln et al., 2011) that guided this study. Co-construction proposes that students and educators work together to enhance different aspects of educational programs.

Co-construction, like co-creation, is founded on student voice. Student voice involves the creation of opportunities that allow students to become active and engaged learners who contribute to improvements to learning and teaching through dialogue (Cook-Sather, 2014). In an overview of student voice projects in higher education, Seale (2010) reported that students were involved with institutions and programs in various ways. Student voice included, but is not limited to, asking for student feedback on teaching, sitting on committees with faculty, having space to dialogue with faculty, participating in formalized research projects as sources

of data or co-researchers (Rodgers, 2006) or collaborating with educators to design new learning experiences (Bovill, 2014).

In nursing research, student voice has been used to gather feedback from nursing students on their clinical practicum (Ralph et al., 2009; Thornton and Chapman, 2000), on the experience of providing compassionate care (Adam and Taylor, 2014), on an interprofessional course (O'Neill and Wyness, 2005), and on their experiences with faculty incivility (Del Prato, 2013). These studies show a commitment from researchers to use students as data sources in order to improve nursing education programs. However, they do not engage students in the improvement process and it is unclear if feedback collected from the students lead to concrete actions by researchers and/or educators. In this study, nursing students and educators were engaged in the process of enacting change through co-construction.

## **Method**

Qualitative educational research and development (R & D) (Harvey and Loiselle, 2009) guided the study. In 1971, Borg and Gall described educational R & D as “the most promising strategy we now have to improving education” (p. 413). Educational R & D, which has also been called 'developmental research', can pursue two interconnected objectives: 1) the design, development and evaluation of new educational products and/or 2) the study of this process as a whole or one of its specific components (Richey et al., 2004).

In this paper, we will focus on this second objective, the study of the design process. More specifically, we will describe how students and educators experienced the design process, namely co-construction. Harvey and Loiselle (2009) strongly suggested that the study of design processes be guided by an inductive research approach. This approach helped us explore the co-construction process as experienced by the study participants.

**Paradigm.** The research was shaped by a constructivist paradigm (Lincoln et al., 2011) in which a particular reality is co-constructed by participants. According to Lincoln et al. (2011), the aim of research shaped by this paradigm is to understand and interpret participants' lived experience, to inform and improve practice. In accordance with this aim, an understanding of students' and educators' experiences in this project could produce knowledge via which to improve the practice of co-construction.

***Ethical Considerations.*** The ethical review board at the university where students and educators were recruited approved the study (CPER-14-054-D). All participants provided written consent before the co-construction process began.

***Setting.*** The study was conducted in a large French-Canadian university in their 3-year undergraduate nursing education program that leads to registration as a nurse. The team of co-constructors were recruited from this Faculty and the co-constructed activities were implemented and evaluated in this same setting.

***Sample.*** Participants in this study were the members of the co-construction team (n = 10): five undergraduate nursing students, four educators and the PI. Two sampling procedures were used to recruit students and educators: convenience sampling for students and purposive sampling for educators.

Convenience sampling was used to recruit undergraduate nursing students who had successfully completed their first year in the program (n = 5). All eligible students were recruited via email. Purposive sampling was used to recruit educators (n = 4), who occupied various academic roles in the program. Sampling criteria were used to select educators who could make a notable contribution to the team because of their academic background (Burns and Grove, 2011). Emails were sent to four educators, who all accepted to participate in the study. The educators were three teachers and one placement coordinator from the same nursing faculty as the students.

Student participants' (n = 5) age ranged from 24 to 27 years and all were women. Three students last completed level of education was a pre-university general sciences degree; one student held a graduate degree in post-secondary teaching. One student did not provide this information. Educator participants' (n = 4) ranged in age from 38 to 68 years and included three women and one man. All educators had at least completed a baccalaureate in nursing. Three educators had completed graduate degrees. Educators had between 8 and 41 years of teaching experience. The PI was a 32-year-old woman and held a graduate degree in nursing.

### **Data collection**

From September to December 2014, the PI participated in the co-construction meetings as both a participant and an observer. After each meeting, the PI audio recorded or wrote

fieldnotes. In November 2015, a focus group interview was held with the co-construction team members. Data collected included all documents (written and audio) related to the co-construction process and focus group discussion. Data collection is described in Table 1.

Table 1 - Description of data collection

<b>Activity</b>	<b>Number of participants (co-construction team members)</b>	<b>Research data collected and analyzed</b>
Co-construction meeting 1	10	<b>Written documents:</b> Meeting agendas
Co-construction meeting 2	10	Meeting minutes PI written fieldnotes
Co-construction meeting 3	9	<b>Audio documents:</b> Audio recordings of meetings PI audio recorded fieldnotes
Post-coconstruction focus group	6	<b>Written documents:</b> Transcription of the focus group discussion Written fieldnotes by the moderation team <b>Audio documents:</b> Audio recording of the focus group discussion Post-focus group audio observations by moderation team

### **Co-construction process**

***Preparing for Co-construction.*** Before co-construction began, the PI and her co-author (JP) made preparatory decisions to guide the team's work. It was decided that co-construction would occur during team meetings with study participants. Number of meetings had not been predetermined. Decisions also included using a meeting agenda at each meeting, audio recording meetings, writing meeting minutes, member checking minutes and restricting team meeting duration to 2h. Co-construction team members' role would be to design the activities, but they would not be involved in the implementation and evaluation of the learning activities, this would be the PI's responsibility. The PI would also be responsible for facilitating meetings unless another team member volunteered. The PI would also write or audio record fieldnotes after every meeting.

***During the Co-construction Process.*** The co-construction process occurred during three, 2-hour team meetings that ran from September 2014 to December 2014. All team

members (n = 10) attended the first two meetings and 9 team members attended the third meeting. All meetings were facilitated by the PI. During the first team meeting, team members were introduced to one another and discussed their motivation for participating in the study. Information on team functioning was also presented to the members, notably a discussion on power dynamics and the importance of respecting every member's right to speak. A working definition of CNL, based on the PI's literature review, was presented to the team members. At the end of the first meeting, a brainstorming session with all team members yielded 17 different possible learning activities on CNL.

The second team meeting included a review of the first meeting and team members' suggestions to improve subsequent meetings. Team members spoke about needing more information about the context in which the activities would be implemented. The PI and educators in the team brought documents to contextualize the learning activities. One of the documents was the research setting's competencies framework. Team members consulted the definition of CNL provided in this document and decided to let it guide the co-construction of the learning activities. The definition of CNL read as follows: CNL is a professional competency demonstrated in clinical care by a nurse who influences patients, peers and the healthcare organization to optimize patient security and quality of care. The team then shortlisted the learning activities they wanted to develop. At the end of the second meeting, the team reduced the list of possible activities from 17 to two.

The third meeting's objective was to further detail the two learning activities. The team split into two equal groups, each team working on one activity. A plenary session followed. At the end of the meeting, the PI had sufficient details to further develop both activities and associated learning material. A fourth meeting was planned to present the material, but did not take place because of conflicting schedules. Instead, the material was sent to members by e-mail for feedback. Minor corrections were made to the material with the members' feedback. The activities were then implemented in the nursing education program as developed by the team.

*After the Co-construction Process.* A focus group discussion occurred once the co-constructed activities had been implemented and evaluated by the PI. By this time, student co-constructors had graduated from the nursing program. Six team members, including the PI,

attended the focus group discussion. The focus group was led by a moderator (a professor from another university) and an assistant moderator (a visiting lecturer) who had not been involved in the co-construction process. The moderation team used a topic guide which included questions on co-construction team members' experience during team meetings, their preparation prior to team meetings, challenges and facilitators to co-construction and their impressions of the co-construction outcomes.

The focus group was audio-recorded. After the focus group, the moderation team also audio recorded their observations. The audio recordings of the focus group and moderating team's observations were both transcribed. The moderation team also provided written field-notes.

### **Data analysis**

All research data were imported into Atlas Ti 7, and inductive thematic analysis was performed (Paillé and Mucchielli, 2010) using manual codes. Codes were first identified in the transcript of the focus group discussion. Excerpts were coded if they included a description of how participants experienced the co-construction process. We also looked for conditions which hindered or facilitated the co-construction process for the participants. Once the focus group discussion had been coded, we returned to the rest of the research data to complete our portrait of the co-construction process by using the same codes.

All data was collected in French. Quotes chosen from the data to illustrate the findings were translated from French into English.

### **Findings**

The co-construction process was facilitated by a structure and an environment conducive to collaboration. The participants felt involved in the process of enacting change. Two themes were identified in the data: (1) unique, purposeful collaboration and (2) change that makes a difference.

***Unique, Purposeful Collaboration.*** This first theme was related to team members' recognition of their collaboration as special in terms of their collaboration partners and the collaboration process. Neither students nor educators had previously worked together to

develop educational activities and found the process to be original. The collaboration process was also unique for participants because their work was marked by a profound sense of unity which was not always present in other group work they had experienced. An educator described co-construction as follows: “I think the decision-making process for the activities was done in such a collaborative way. We brainstormed together, we eliminated ideas together, so much so that at the end, it seemed like the final decision was a common decision.” During co-construction, every member felt that they had a worthwhile contribution to the team's work.

The expression “purposeful collaboration” of this first theme refers to the tangible objective the team was trying to reach. One student appeared surprised that the team's objective had been met. Her belief that group meetings can often result in maintenance of the status quo is implicit in the following statement: “We could have held 60 meetings and ended up with nothing...we were realistic and efficient. We met our objective [...]”. Each meeting seemed to bring the team closer to their objective and this kept them motivated throughout.

The team's efficiency was the result of careful participant selection. One educator explained that member selection was essential to the decision-making process: “I think it was important how the team was selected. Having representatives..., students, practica, theory [...] We went to get the people who knew best.” Gathering the “right” members in the same space allowed the team to make decisions quickly. Team members stated that they felt comfortable expressing their ideas and opinions even though these could be different from the group's. There was no divisiveness between team members. One student said: “What was really enjoyable was the fact that it was really laid-back, on the same footing; there was no hierarchy, you know, like: ‘I'm a teacher, I'm a placement coordinator, you're just a student...’”.

One of the key elements that contributed to unity between team members was a conversation during the very first team meeting. In the meeting agenda, the PI had planned a conversation regarding how team members would address one another. The audio recording of this meeting revealed a conversation between team members during which they decided to address one another on a first-name basis and use the informal French second-person pronoun (tu) as opposed to the formal second-person pronoun (vous). Vous is often used by students in

class when speaking to educators. The following exchange is an excerpt from the first team meeting.

PI: It's really important that everyone feels at ease. What we're doing right now is the teacher can say “tu” when addressing the student, but the student can't use “tu” when talking to a teacher...That creates a power dynamic that isn't enjoyable...

Student: There's like a hierarchy.

Educator: It's like implicit, but it's there.

Educator: There's a particular context here [the project]. We're here to share something together; I don't have a problem with your calling me [first name] and using “tu”...

Student: We don't have titles here; we're just individuals with different backgrounds.

Before co-construction began, the PI and her supervisor made preparatory decisions in order to guide the co-construction process. This guidance was needed to help the team focus on their objective. One student recognized this and said, “I think at the second meeting, you [PI] set an objective that we needed to attain at the end of the meeting, so we knew what we had to do during the meetings.” In her post focus group observations, the moderator emphasized the importance of these decisions for efficient co-construction: “I think that the structure, we sometimes underestimate that aspect, is essential. It helped the team get centered on the essential elements, which were the educational activities, instead of trying to get organized.” The decisions that had been made before co-construction began were recognized as being useful to the team.

A space described as safe, without hierarchy and that included the “right” people helped the team truly collaborate. This space was partly the result of carefully planned decisions before co-construction began that provided structure to the team's work.

***Change that Makes a Difference.*** The second theme referred to the repercussions of the co-construction at the program and personal levels. At the program level, the two new educational activities developed by the team were perceived as useful for future nursing students. Changes at a personal level involved a difference in perceptions of the student-educator relationship, curiosity about teaching and learning, and motivation for involvement.



The team members saw their work as contributive to change. They felt that their participation would exert both short-and long-term effects on nursing students and the program. When discussing the educational impact of the activities on nursing students, one team member stated, “We just implemented something [activities] in the first year that is going to be useful [for students] during the third year and probably for the rest of their lives...”. One educator emphasized how the learning activities could continue to impact the nursing education program and not only serve this specific project.

At the individual level, team members appreciated how co-construction helped them understand teaching and learning from new perspectives. Educators appreciated receiving direct feedback from students and became aware of the effects of their pedagogical decisions on students' workload. Students spoke about developing a new curiosity about teaching practices and trying to understand a learning activity from an educator's perspective. The process of sharing these different perspectives also produced two high-quality educational activities according to team members.

One team member described how the project had positively influenced her experience as a student and as a nurse. She found that the project had enriched her relationships with educators and she also developed a feeling of belonging to the university. She described co-construction as an opportunity to reflect on her own CNL and how it had affected her nursing practice: “For sure, it made me question my own practice. I asked myself, ‘Do I apply leadership? Do I practice what I preach?’ It encouraged me to do so in the clinical setting. So yeah, I got more involved; I offered to help, to volunteer, at work.” Students were not used to having the opportunity to see immediate results when expressing their ideas, as occurred in the project. The experience was so positive that one student stated, “Overall, I would do it [co-construct with educators] again, definitely, because as a student you feel actively involved in bringing about positive change...for future generations of students... Feeling like we have a voice, it's unusual really.”

The benefits of co-construction were reported at program and individual levels. At a program level, the co-constructed educational activities had the potential to make a difference for future nursing students. At an individual/professional level, participants experienced change through self-reflection.

## **Discussion**

Two interrelated themes were identified in the data analysis: (1) unique, purposeful collaboration and (2) change that makes a difference. The findings add to the growing body of work regarding student voice, and more specifically, approaches for co-construction of educational activities. The findings suggest that the establishment and achievement of a clear objective was essential. The sense that student and educators were driving action and contributing to something meaningful also encouraged team members to remain engaged in the collaborative process (Adam et al., 2014).

The co-construction process was supported by the creation of a space that allowed reflection, authentic collaboration, and dialogue. This type of space has been described as “liminal” by Cook-Sather and Alter (2011). Liminal space is characterized as an “in-between” space that exists somewhere outside the space within which students and educators usually interact, without being entirely separate. In this project, the space involved a lack of hierarchy, which resulted, in part, from an explicit discussion between students and educators regarding how they would address one another during the meetings. The discussion increased participants' awareness of the pervasiveness of power (Barnes et al., 2011) and how it can be rooted in language. Following the discussion, participants acknowledged the differences in their titles and temporarily removed them. In their liminal space, they identified themselves as individuals who shared an established objective, rather than educators and students. Power dynamics remain an implicit aspect of student voice (Seale, 2010; Taylor and Robinson, 2009), and dealing with them is key to the achievement of successful outcomes in group work (Chinn and Falk-Rafael, 2015). Our findings support the suggestion that it is essential to make power dynamics explicit and discuss objectives, priorities, and expectations clearly early on (Barnes et al., 2011; Barrineau et al., 2016; Woolmer et al., 2016), to ensure successful student-educator collaboration.

Co-construction does not rely solely on gathering students and educators in the same space. Structure is needed to guide the collaboration, especially when co-construction is not a familiar process for students and educators. Before undertaking co-construction, specific arrangements and decisions must be made to provide a flexible structure. This can contribute to the creation of a space in which dialogue and efficient collaboration can occur.

Dialogue allowed students and educators to recognize the diversity in their perspectives regarding teaching and learning. Students' main concern was workload, while educators prioritized the achievement of learning objectives. Although their priorities were different, participants rallied around their shared objective of co-constructing learning activities on CNL. This contributed to the maintenance of their motivation and engagement during the co-construction. Collaboration constituted a different type of student-educator relationship that was appreciated by both groups.

Overall, the co-construction process was perceived as successful and enjoyable. Enjoyment is an underreported benefit of this type of partnership (Little et al., 2011). The positive outcomes from the co-construction encouraged participants to continue to get involved in other professional projects. One of the reasons why participants might have considered the experience positive was that it did not require longterm commitment or substantial effort. The project was limited to one semester and three 2-hour meetings. Further research is required to identify means of sustaining participants' engagement throughout longer-term co-construction projects and identify the factors that hinder collaboration or lead to unsuccessful co-construction experiences.

### **Limitations**

As this was the first co-construction project conducted in this particular setting, we followed Bovill's (2013) recommendation to begin on a smaller scale. Therefore, the study involved a short co-construction experience spanning one semester and included only one group of students and educators. In addition, all of the study participants were invited to the focus group, but only six attended, which limited the collection of data reflecting divergent perspectives. The focus group also occurred 1 year after the last co-construction meeting and this could have caused memory bias. The decision to hold the focus group later was motivated by the desire to share the results on the implementation and evaluation of the CNL learning activities. Seale (2010) argued that conceptions of student voice in higher education has privileged a type of voice that has not always impelled action. Since this study demanded engagement from participants, seeing the outcome of their work was a strategy to show participants, especially students, that their voices had been acted on.

Furthermore, the PI occupied three different roles (researcher, project coordinator, and participant) during the project. The presence of the PI during the focus group could have restricted the expression of negative views. However, the study was based on a constructivist approach that encourages the addition of the researcher's voice to those of the participants. Moreover, knowledge that reflected participants' reality could have been produced through the PI's interaction with the group (Lincoln et al., 2011). Finally, the study sample was rather homogenous with 90% of participants identifying as female. However, this represents the demographic data of Canadian nurses. In 2014, 92.7% of nurses in Canada were female (Canadian Institute for Health Information, 2016).

## Conclusions

The study aimed to describe the experiences of nursing students and educators engaged in the co-construction of learning activities. The findings showed that students and educators who participate in this process for the first time require short term, tangible goals. Certain decisions should be made prior to the initiation of co-construction projects, to provide a flexible but structured space for participants. This facilitated dialogue and provided a positive experience for participants.

Our work adds to the current literature regarding student voice in higher education, which remains mainly descriptive. As suggested by Seale (2010), further evaluative research that includes longitudinal studies examining student voice is required. We invite students, educators, and institutions with an interest in co-construction to consider the importance of structure and power dynamics and to reflect on strategies via which to address these issues prior to and throughout the process.

## 4.2 Introduction à l'article III

L'article III<sup>11</sup> portant sur les résultats de l'évaluation qualitative découlant de la mise à l'essai de l'intervention a été publié dans la revue *Nurse Education in Practice* en 2018. Il

---

<sup>11</sup> Ha, L. and Pepin, J. (2018). Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. *Nurse Education in Practice*, 32, 37-43. doi:10.1016/j.nepr.2018.07.005

contient une description sommaire des deux activités qui ont composé l'intervention. Cette description a été réalisée à l'aide des lignes directrices développées par Phillips et al. (2016) ayant pour objectif de baliser la description d'interventions pédagogiques dans les publications. Ces lignes directrices sont les *Guidelines for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching* (GREET). À titre de rappel, ce sont 23 étudiantes et 4 tutrices qui ont évalué qualitativement l'activité en classe (*Activity A* dans l'article). Quatre étudiantes et deux préceptrices en ont fait de même pour l'activité en stage (*Activity B* dans l'article). L'analyse des données qualitatives a permis de décrire trois composantes de l'intervention qui ont soutenu l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Dans les critères de scientificité de Harvey (2007), on y retrouve un critère portant sur la mise à jour des caractéristiques essentielles de l'intervention. Ainsi, l'identification des composantes de l'intervention permet de répondre à cette exigence scientifique.

Dans l'article, par souci de synthèse, nous n'avons pas pu décrire de façon détaillée l'intervention pédagogique coconstruite et les réflexions de l'équipe de coconstruction qui ont mené à sa conception. Ces réflexions constituent une partie importante du développement de l'intervention. Nous présentons un complément d'information à ce sujet avant l'article. De plus, un résultat susceptible de bonifier l'intervention pédagogique est ressorti de l'analyse des données. Il sera présenté après l'article.

#### **4.2.1 Intervention pédagogique coconstruite**

L'article II a décrit certaines décisions prises par l'équipe de coconstruction en cours de processus, dont celle de s'appuyer sur le référentiel de compétences du milieu de la recherche afin d'assurer la cohérence entre l'intervention et les autres activités pédagogiques du programme.

L'intention pédagogique de l'intervention était basée sur la définition du leadership clinique infirmier telle que décrite dans le référentiel de compétences du milieu de l'étude (Faculté des sciences infirmières, 2010). Plus spécifiquement, le niveau attendu de développement de la compétence leadership clinique infirmier à la fin de la 1<sup>re</sup> année a servi de repère pour l'équipe. À la fin de la 1<sup>re</sup> année, en matière de leadership clinique infirmier, l'étudiante devait « créer des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de

santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porter un regard sur sa pratique et reconnaître la présence de leadership dans le rôle de l'infirmière clinicienne » (Faculté des sciences infirmières, 2010, p. 59). L'équipe de coconstruction a préféré utiliser la définition du leadership clinique infirmier présentée dans le référentiel de compétences du milieu de l'étude, plutôt que celle proposée par l'étudiante-chercheuse. Pour les membres de l'équipe, il s'avérait facilitant d'utiliser la définition du référentiel de compétences puisque celle-ci avait été déclinée en niveaux attendus à la fin de chacune des années du programme. Elle était aussi utilisée dans le programme, notamment pour développer les outils d'évaluation de la compétence du leadership clinique infirmier. Les membres de l'équipe ont demandé, lors d'une rencontre de coconstruction, d'obtenir une copie du référentiel et des outils d'évaluation du programme pour guider la coconstruction. Ils ont exprimé le besoin d'assurer une certaine cohérence entre la définition du leadership clinique infirmier présentée dans le référentiel, l'intervention pédagogique coconstruite et les outils d'évaluation de la compétence.

L'analyse des discussions de l'équipe de coconstruction, rapportées dans les comptes-rendus, révèle aussi une décision commune de décliner l'intervention en deux activités : une pour chacune des sessions de la première année du programme. L'équipe de coconstruction s'est résolue à développer une activité pour deux contextes d'apprentissage différents : une en classe et une autre en stage. Par souci d'efficacité, ces activités ont été développées par deux sous-équipes de l'équipe de coconstruction lors de la troisième rencontre. Chaque membre pouvait se joindre à une sous-équipe selon son intérêt à travailler sur l'activité en classe ou l'activité en stage. Chaque sous-équipe était munie de documents dont le référentiel de compétences et les comptes-rendus des rencontres antérieures pour guider le développement du contenu de leur activité. Lors de la plénière qui a eu lieu à la fin de cette rencontre, les membres de l'équipe se sont exprimés à l'effet que les deux activités développées semblaient bien s'inscrire dans un continuum qui permettrait à l'étudiante de développer progressivement son leadership clinique infirmier. Le développement de ce continuum a été possible grâce aux échanges entre les membres de l'équipe à propos des caractéristiques des étudiantes de 1<sup>re</sup> année et les activités pédagogiques à prioriser pour ces apprenantes. L'utilisation d'une définition commune du leadership clinique infirmier et du niveau attendu à la fin de la 1<sup>re</sup>

année, semble avoir favorisé la complémentarité des activités et soutenu l'impression d'une continuité entre ces activités.

Tout au long de la coconstruction, l'équipe a pris en compte le niveau de stress élevé des étudiantes de 1<sup>re</sup> année, surtout lors du premier stage. L'intention de l'équipe était de ne pas rajouter à la charge de travail des étudiantes et conserver une certaine légèreté à l'intervention tout en contribuant à l'apprentissage des étudiantes. Dans cet esprit, l'équipe a choisi de remplacer des activités pédagogiques au lieu d'en rajouter.

L'activité en classe était composée d'un remue-méninges suivi du visionnement de deux courtes vidéos scénarisées par l'équipe de coconstruction et produites par l'étudiante-chercheuse. L'activité en stage était un journal d'apprentissage que les étudiantes devaient compléter lors de leur deuxième stage. Au cours de ce stage d'une durée de 10 jours, à raison de 2 jours/semaine, les étudiantes avaient trois journaux d'apprentissage à compléter. Ces journaux prenaient la forme d'un document électronique avec des questions prédéfinies. Les étudiantes étaient invitées à répondre à toutes les questions du journal qu'elles envoyaient à leur préceptrice. Chaque infirmière préceptrice supervisait un groupe de quatre à six étudiantes; elle était responsable de lire leurs journaux d'apprentissage et de formuler une rétroaction individuelle suite à cette lecture. Afin de ne pas alourdir la charge de travail des étudiantes et des préceptrices, l'équipe de coconstruction, a préféré remplacer les questions d'un des journaux d'apprentissage au lieu d'ajouter un nouveau thème au journal. Les nouvelles questions étaient orientées vers l'observation de leadership chez soi et chez autrui. Le matériel pédagogique en lien avec l'intervention est disponible à l'Annexe K.

Le Tableau 2 présente les liens entre le niveau attendu de développement de la compétence leadership clinique infirmier et les composantes spécifiques de l'intervention pouvant soutenir l'atteinte du niveau.

Tableau 2 - Niveau attendu de leadership clinique et composantes de l'intervention pédagogique

<b>Extraits du niveau attendu de LCI à la fin de la 1<sup>re</sup> année</b>	<b>Composantes de l'intervention</b>	<b>Quelle activité de l'intervention</b>
Créer des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé	Vidéo 1 : Émilie, l'étudiante-infirmière, partage des informations avec la patiente et explore sa rougueur Vidéo 2 : Émilie explore les raisons du refus du bain du patient	Activité en classe
Porter un regard sur sa pratique	Vidéo 2 : Émilie vit un dilemme face à ce qu'elle pense devoir faire et qui est contraire à l'opinion d'un autre professionnel de la santé Journal d'apprentissage de l'étudiante : réflexion personnelle sur son leadership clinique infirmier	Activité en classe Activité en stage
Faire preuve d'ouverture face aux opinions des autres	Remue-méninges en petites équipes sur une définition du leadership clinique infirmier ; échanges sur différentes définitions du leadership clinique infirmier avec des collègues étudiantes	Activité en classe
Reconnaitre la présence de leadership dans le rôle de l'infirmière clinicienne	Remue-méninges sur une définition du leadership clinique infirmier ; exemples de leadership clinique infirmier donnés par les tutrices Journal d'apprentissage portant sur l'observation de leadership clinique infirmier chez une infirmière autre que la préceptrice	Activité en classe Activité en stage

### **ARTICLE III: Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation**

#### **Abstract**

Clinical nursing leadership is critical for quality care. All nurses including students should receive clinical nursing leadership education. Research pertaining to educational strategies on clinical leadership for nursing students remains sparse. The aim of this paper is to report the qualitative evaluation of a co-constructed educational intervention on clinical nursing leadership, developed for 1st year preregistration nursing students. The research question was “what are the components of an educational intervention that support the development of clinical nursing leadership in 1st year nursing students?”. The intervention



included videos, brainstorming, journal entries on students' clinical leadership paired with the observation of a nurse's clinical leadership. A research and development model guided the study. Focus groups and individual interviews were conducted with 23 students and 6 educators who tested the intervention. Thematic analysis revealed three intervention components that supported learning: visual examples at the student's level, observation of role models and animated discussions in small groups. Visual examples and observation of role models supported learning by expanding student's initial views of nursing beyond a technical role to one that is embedded with clinical nursing leadership. Animated discussions in small groups helped students learn to speak up and be open to other's opinions.

Keywords: Leadership, Students, Nursing, Learning, Qualitative research

## **Introduction**

Leadership preparation has been identified as an essential component of health professionals' education to improve health-system performance (Frenk et al., 2010). The need for leadership preparation has extended to all front-line clinicians (Daly et al., 2014). Leadership by nurses at the point of care has been called clinical nursing leadership (Stanley, 2006; Supamanee et al., 2011) and is said to improve patient outcomes, support provision of quality care (Casey et al., 2011, p. 11) and ensure patient safety (Fealy et al., 2011). From a global perspective, the importance of clinical nursing leadership is underlined by national (Ailey et al., 2015; Baernholdt and Cottingham, 2011; Dierckx de Casterlé et al., 2008) and international educational initiatives (Ferguson et al., 2016) aimed at nurses who wish to develop this competency. However, there is still a need to expand leadership preparation to undergraduate programs (Ailey et al., 2015; Brown et al., 2015).

Although many definitions of clinical nursing leadership exist (Mannix et al., 2013), the definition guiding this study was taken from the research setting's competency framework and is based on work by Patrick et al. (2011) and Pepin et al. (2011). Clinical nursing leadership is defined as a competency demonstrated in clinical care by a nurse who influences patients, peers and the healthcare organization to optimize patient security and quality of care (Faculté des sciences infirmières, 2015).

## **Background**

In a literature review, Brown et al. (2015) sought to identify evidence-based curriculum content on clinical nursing leadership in preregistration programs. Their database search yielded only four publications mentioning both clinical leadership and preregistration nursing programs. These four publications listed clinical leadership skills that students should develop (Pullen, 2003); described a cognitive learning model on clinical nursing leadership (Pepin et al., 2011); underlined the importance of developing a leadership mindset in undergraduate nursing students (Sherman and Bishop, 2007) and evaluated a clinical leadership educational intervention in an accelerated baccalaureate program (Lekan et al., 2011). The review concluded by stating that “there is no coherent account of the content or the approach to be adopted to facilitate clinical leadership in preregistration nursing programs available in the literature” (Brown et al., 2015, p. 53).

Even without a coherent account, many preregistration programs include content on the clinical nursing leadership (Hendricks et al., 2010) or use active learning strategies to foster the competency's development in students (Morrow, 2015). Content related to clinical nursing leadership included written and verbal communication, delegation and supervision skills (Kling, 2010; Lekan et al., 2011), the role of the registered nurse, conflict resolution, safety, being accountable, not bullying, teamwork, professional responsibility (Brown et al., 2016a). Active learning strategies used to support leadership development included clinical practice (Démeh and Rosengren, 2015; Lekan et al., 2011; Schoenfelder and Valde, 2009), simulation (Lekan et al., 2011; Lewis et al., 2012), peer preceptorship (Kling, 2010) and service learning (Foli et al., 2014). These curricular innovations add to the body knowledge on content and approaches that can foster leadership development in students, but there is a need for more evaluative studies on classroom specific strategies that can help educators embed leadership content into their curriculum (Morrow, 2015).

***Clinical leadership development.*** From a constructivist educational perspective, clinical nursing leadership is considered a competency that needs to be nurtured by a mix of intentional (Halstead, 2013) and non-intentional leadership learning activities, early on (Hendricks et al., 2010) throughout preregistration programs and professional practice.

Theories on how college/university students learn leadership have leaned towards this perspective and posit that leadership develops over time, through stages, with experience and continued educational support (Komives et al., 2005; Pepin et al., 2011). Clinical leadership curriculum threads (Brown et al., 2016b) and frameworks (National Health Service Leadership Academy, 2011) also represent leadership development as a progressive journey beginning upon entry into preregistration programs. At the moment, this perspective has not been fully integrated into nursing programs, nursing educators continue to overtly teach leadership only in the second to last or last year (Halstead, 2013). This does not support the progressive acquisition of the knowledge, skills and attitudes for clinical leadership. Leadership preparation is needed in the first-year (Dugan and Komives, 2007) to clearly convey the expectation that all newly registered nurses must begin developing clinical leadership upon entry into their program (Halstead, 2013). This could allow leadership to be purposefully developed instead of remaining a by-product of university education (Komives et al., 2011).

### **Research aim**

This paper is part of a larger doctoral study that aimed to report the experience of students and educators that co-constructed an educational intervention on clinical nursing leadership for 1st year nursing students (Ha and Pepin, 2017) and qualitatively evaluate the intervention. The research question guiding this paper was “what are the components of an educational intervention that support the development of clinical nursing leadership in 1st year students?”

### **Setting**

The educational intervention was implemented in the first year of a three-year preregistration bachelor of nursing. The program was based in a large Canadian unilingual French-speaking university. Students entered this program with a pre-university 2-year general science diploma or were pursuing a second degree.

The program was created using a competency-based approach to nursing education. A competency framework set the expected level of competency development at the end of each year of the program and described the knowledge, skills, and attitudes students should acquire according to each competency. As one of the program's eight competencies, clinical nursing

leadership was developed using different learning strategies (e.g. clinical practice, problem-based learning) including two leadership courses. The competency was also assessed formatively in each year of the program, during clinical practicums and simulations. In their third year, students were summatively assessed during their two courses on leadership. These two courses introduced students to quality improvement, leadership styles, team work, change management, policy and organizational theory. The educational intervention was developed to complement these two courses.

## **Method**

**Research design.** The study design followed an educational research and development model (R&D) (Harvey and Loiselle, 2009). R&D provides structure to educators who wish to develop evidence-based educational interventions (Harvey and Loiselle, 2009). The selected R&D model included cycles of field testing and revision. In educational R&D, the first cycles of field testing help researchers gather preliminary data to revise and improve the educational interventions they are developing (Gall et al., 2003). To collect this data, qualitative methods are used (Gall et al., 2003), namely interviews. In our study, one cycle of field testing and revision took place, and qualitative evaluation data were collected from students, tutors and preceptors.

**Theoretical underpinnings: constructivist approach to nursing education** The selected nursing program was based on a constructivist competency-based educational approach (Goudreau et al., 2009). This approach posits that students build knowledge by relating new knowledge to their existing mental schemes (Mayer, 2011). Competencies are progressively and longitudinally developed. The approach was also inspired by socio-constructivism which proposes that “students should be engaged in learning environments that allow rich inquiry-based dialogue within small groups and at the whole-class level, facilitated by the teacher.” (Taylor, 2014, p. 4).

Hence, in the program, students are presented with authentic, meaningful learning situations to actively construct their knowledge. Students spend most of the program learning in small groups of eight to ten students with a tutor assigned to four groups. The educational

approach is operationalized using problem and project-based learning, low and high-fidelity simulation, interactive lectures, clinical and reflective practice (Goudreau et al., 2009).

**The educational intervention.** The intervention was co-constructed by a team of nursing students and educators. The intervention comprised two sequential activities, a classroom activity (activity A) implemented in the first semester and a clinical practice activity (activity B) in the second semester.

Activity A was delivered in a first-year core unit. All students began their nursing program with this course which introduced them to the nursing role and helped them adapt to the educational approach of the program. The intervention was integrated into the first three-hour small group learning session which took place two days into the semester. Six months after the classroom activity, students were given a reflective journal to complete during their practicum.

The intervention is Table 1 detailed in using Phillips et al. (2016) guidelines for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET).

**Ethics.** This study was approved by the university ethical review board (CPER-14-054-D). Written consent was obtained from all participants before the interviews.

Table 1 - Description of the intervention using GREET

<b>BRIEF NAME</b>
Early clinical nursing leadership educational intervention for students
<b>INTERVENTION</b>
DESCRIPTION
A: Brainstorming a clinical nursing leadership definition and watching two videos. B: Individual reflective journal entry about clinical nursing leadership.
<b>WHY</b>
THEORY
Constructivist and socioconstructivist approach to nursing education
PEDAGOGICAL INTENT
Pedagogical intent was inspired by the program’s expected level of clinical nursing leadership development at the end of the 1 <sup>st</sup> year:

Students should be able to establish a trusting relationship with a person living with a health experience by demonstrating openness towards others' opinions, reflecting on their clinical practice, and recognize the presence of leadership in a nurse's role.

### **WHAT**

#### **MATERIALS**

A: Student lesson plan provided pedagogical intent and planned activities  
Tutor lesson plan included information on how to lead the activity, duration of activity, examples of questions for the plenary, and elements on which to focus during the activity.

Materials include whiteboards or large pieces of paper, markers, the videos, and a computer with a projector to play the videos.

B: Electronic Microsoft Word template with reflective questions. Preceptors were provided with a guide to help them provide feedback.

#### **EDUCATIONAL STRATEGIES**

A: Small group brainstorming (8–10 students) followed by plenary (32–40 students).  
Videos followed by a plenary.

B: Individual reflective journal entries. Written feedback provided by preceptors for 4–8 students.

#### **INCENTIVES**

No incentives or reimbursements were provided.

### **WHO PROVIDED**

#### **INSTRUCTORS**

A and B: The tutors and preceptors were registered nurses.

A and B: No additional training was given to tutors and preceptors.

<b>HOW</b>
<p><b>DELIVERY</b></p> <p>A: Face to face delivery.</p> <p>32–40 students divided equally into four groups  Intervention began with brainstorming on the question: “What is your vision of a nurse expressing clinical leadership while caring for patients?”  Each group shared their ideas with the rest of the class.  Tutors provided examples of clinical nursing leadership from their own clinical practice.</p> <p>Students watched two videos of a beginner student nurse providing bedside care. Videos were structured in the same manner.</p> <p>During the first minute, a nursing student was at a patient’s bedside, facing a decision. The video then faded to black.  Tutors paused the video and asked the students: “What would the student in the video need to do to express clinical nursing leadership?” Once students had responded, the tutors played the video that showed two contrasting outcomes.</p> <p>Video 1: While turning a patient, the nursing student notices a bedsore. She consults another healthcare professional who tells her to ignore it.  In the outcome without clinical nursing leadership, the student follows the healthcare professional’s advice and ignores the bedsore.  In the outcome with clinical nursing leadership, the student consults her preceptor and looks through her books to develop a care plan to treat the bedsore. She explains this plan to the patient.</p> <p>Video 2: The nursing student is told by her preceptor to give a patient a bath. The patient refuses and raises his voice.  In the outcome without clinical nursing leadership, the student ignores the patient’s refusal and insists that she will give him a bath.  In the outcome with clinical nursing leadership, the student explores why the patient is refusing the bath and negotiates a care plan.</p> <p>B: Students were instructed to: 1) observe and describe a situation in which a nurse expresses clinical nursing leadership; 2) describe clinical nursing leadership’s effect on patient care; and 3) describe a situation in which they expressed clinical nursing leadership.</p>
<b>WHERE</b>
<p><b>ENVIRONMENT</b></p> <p>A: Classroom that allowed 32–40 students to sit in four small groups.  B: Take-home assignment.</p>
<b>WHEN and HOW MUCH</b>
<p><b>SCHEDULE</b></p> <p>A: Delivered during first unit, in first semester of year 1  B: Delivered during second clinical practicum, in second semester of year 1</p>

<b>PLANNED CHANGES</b>
SPECIFIC ADAPTATION FOR THE LEARNERS No adaptations were made.
<b>UNPLANNED CHANGES</b>
EDUCATIONAL INTERVENTION MODIFIED <u>DURING</u> THE STUDY No modifications were made during the study.
<b>HOW WELL</b>
ATTENDANCE A and B: In the program, attendance to small group activities and reflective journals are mandatory.
PROCESSES TO DETERMINE WHETHER INTERVENTION WAS DELIVERED AS ORIGINALLY PLANNED A: During research interviews, tutors and students were asked to describe the workshop's delivery. B: The principal investigator checked the last version of the reflective questions that were delivered to students.
INTERVENTION DELIVERED AS SCHEDULED? A and B: Both activities were delivered as scheduled.

*Sampling strategy and sample.* A total of 386 students and 8 tutors tested the classroom activity; and 97 students and 14 preceptors tested the clinical practice activity. A convenience sampling method was used in this study, and participants were recruited through e-mail. In addition, students and tutors received a recruitment letter and an in-person presentation by the principal investigator (PI).

The sample consisted of 29 participants: 23 students, 4 tutors, and 2 preceptors. Activity A was evaluated by 22<sup>12</sup> students and 4 tutors. Activity B was evaluated by 4 students and 2 preceptors despite multiple e-mail invitations.

Sociodemographic characteristics for students and educators (tutors and preceptors) are presented in Tables 2 and 3, respectively.

---

<sup>12</sup> Il s'agit d'une erreur dans l'article publié. Une demande de correction a été envoyée à l'éditeur. Le chiffre devrait indiqué 23.



Table 2 - Sociodemographic characteristics of students (N = 23)

<b>Characteristic</b>	<b>n</b>
<b>Sex</b>	
Male	1
Female	22
<b>Age</b>	
20–29 years old	18
30–39 years old	5
<b>Highest completed degree</b>	
Post-secondary	15
Undergraduate	7
Graduate	1
<b>Ethnicity/Race</b>	
Asian	1
Black or African American	3
White	15
Two or more ethnicity	1
Did not answer	3

Table 3 - Sociodemographic characteristics of educators (N = 6)

<b>Characteristic</b>	<b>n</b>
<b>Sex</b>	
Male	0
Female	6
<b>Age</b>	
20–29 years old	3
30–39 years old	1
40–49 years old	2
<b>Highest completed degree</b>	
Undergraduate	5
Graduate	1
<b>Ethnicity/Race</b>	
White	6
<b>Years of teaching experience</b>	
Less than 1 year	4
Between 1–5 years	1
More than 5 years	1

### **Data collection and analysis**

Data collection was operationalized within focus groups and through individual interviews. The PI facilitated all the interviews with a topic guide which included questions on the participants' experience during the intervention, student/educator satisfaction, and what

students had learned about clinical nursing leadership. All interviews were audio-recorded for the subsequent transcription. Interviews lasted between 27 and 60 min.

Fifteen semi-structured individual interviews were conducted with students, tutors, and preceptors. Sixteen students attended one of 6 focus group discussions. Number of participants per focus group ranged from two to six. After each focus group, the PI and an assistant moderator debriefed their observations. Debriefing sessions were audio-recorded and lasted between 12 and 38 min.

A thematic analysis was performed (Paillé and Mucchielli, 2010) on both transcribed interviews and recorded focus group debriefings using ATLAS.ti 8. Thematic analysis serves two functions (Paillé and Mucchielli, 2010). The first is to identify the most pertinent themes in relation to the aim of the study. Data was coded to identify components that helped students achieve the intervention's pedagogical intent described in Table 1. Similar educational components were grouped together to form the central themes. The second function of thematic analysis is to document the importance of each theme by examining recurrence (Paillé and Mucchielli, 2010). Recurrence was determined using “groundedness”, as calculated by ATLAS.ti. A high “groundedness” meant that a theme had been used often to code the transcripts. Both researchers coded transcripts separately and discussed their analysis. Researchers identified common components and reached an agreement on the most important components of the intervention.

Quotes were translated from French into English.

## **Findings**

Three components of the intervention contributed to clinical nursing leadership development: visual examples at the students' level, observation of role models, and animated discussions in small groups. The components are presented in order of importance.

*Visual CNL examples at the students' level.* The visual examples were presented using videos. The videos received a positive evaluation from the participants. Participants remembered the “whole class laughing” and students being “captivated” by the videos.

The visual examples allowed the students to expand their initial image of nursing. A student explained that she thought nursing would be 80% technical skills and 20% patient focused. Students seemed to realize that nursing was not limited to technical skills and started to associate certain leadership characteristics to nurses. In an exchange during a focus group, two students discussed how they started to understand the nursing role differently:

Student 1: “What I found stood out [in the videos] was not just to obey orders or instructions, like, ‘go further’.”

Student 2: “What I gained from the video was that, before, I thought the nurse was the person there to execute, like she [Student 1] said: ‘do this, do that’, but what I liked in the [...] video was that she [the student nurse] looked, realized the situation, and went to search in documents to try and find a way to give the right care. Thinking, working out the situation, I think those are aspects of a good leader.”

According to the participants, the medium used to present the examples also supported learning. A participant explained how the videos were an efficient way to learn clinical nursing leadership since it helped students visualize how the competency could be enacted, while reading a definition (presented during the brainstorming) was not as efficient. The student said: “[...] it's the first day, we have no idea what a nurse does [...] the videos, just 30s, but it gave us an idea of the environment, the patients, what kinds of interactions we can have [...] just reading [the definition], we thought we knew what [clinical nursing leadership] was, but we really didn't.”

The videos also showed students how to demonstrate clinical nursing leadership as 1st year students. A tutor explained that students initially thought clinical nursing leadership was something “flashy” or “being Nelson Mandela.” The videos “brought clinical nursing leadership to their first-year level” and showed them relatable and concrete ways to express clinical leadership. Several students explained how they had transferred what they had seen in the videos to their clinical practicum. They described imitating the student nurse in the video by being “detail-oriented,” “reporting suboptimal care to their preceptor while avoiding conflicts with other healthcare professionals,” and “negotiating care with the patient” to express their clinical nursing leadership.

The first component identified in the data was visual examples at the student's level. These examples provided an image of direct nursing care embedded with clinical nursing leadership to the students.

***Observation of role models.*** The contribution of observing nursing role models to student learning was revealed, partly, by data on the reflective journal. The journal was divided into two parts. Students were asked to 1) reflect on their own clinical nursing leadership and 2) observe nurses who expressed clinical nursing leadership.

The journal produced polarized reactions from both students and preceptors. Interestingly, none of the students spoke of their individual reflection during the interviews. Instead, they focused on clinical nursing leadership role models they had encountered. Students who found the journal helpful perceived it as an opportunity to analyze this role model. One student spoke of how the journal's requirements helped her notice new aspects of a nurse's role. The student said: "Before [the journal], I knew what they [nurses] did; but it was more on the technical front, and [for the journal] I was observing what clinical leadership was in a nurse and then I tried to observe what they did and the ripple effect of their work on others." According to one preceptor, the mandatory aspect of the journal encouraged students to focus their observations on clinical nursing leadership.

Students who had not witnessed clinical leadership during their clinical practice felt forced to hand in a journal by "embellishing" situations and "fitting" their answers to the journal's questions. A preceptor suggested that students had a heavy academic workload and that the journal was not their priority. Consequently, the preceptor thought students did not put sufficient effort into their journal. She stated that her students were neither aware of what they wrote in their journals nor what clinical nursing leadership was.

***Animated discussions in small groups.*** Students reported being able to develop an expanded vision of clinical nursing leadership when, during the brainstorming, their group shared many leadership qualities they had not thought of individually. One student explained how discussions had allowed her to build knowledge on the topic: "[our group] started from nothing, that's what I liked. As a group, we pushed our reflections [on clinical nursing leadership] further ... Alone I would have never been able to go as far." Participants

remembered having written a list of leadership qualities, for example “being able to work in teams,” “having initiative,” and “being able to communicate.”

However, not all groups were able to define clinical nursing leadership. Tutors reported that some groups “did not know where to start.” One tutor said that her students knew what a leader was, but did not understand the connection between nursing and leadership. This made the brainstorming difficult for them. In focus group debriefings, assistant moderators also commented on how students had difficulties theoretically defining clinical nursing leadership, but could describe the competency by using examples. Some students said that the brainstorming on clinical nursing leadership was too “theoretical” and “abstract”.

Students' perceptions of clinical nursing leadership as being a theoretical concept was highlighted during interviews where they often compared the brainstorming to the bomb shelter exercise<sup>13</sup>, an activity that had taken place before the intervention. One student explained why she perceived the bomb shelter as being useful, contrary to the brainstorming: “The fact that the bomb was really concrete [...] the other one [brainstorming] was so theoretical. I mean when I'm going to work at the hospital I'm not going to say: OK right now I'm demonstrating leadership [...] it's a lesson I'm going to leave at school [...] it's so theoretical, it did not leave a mark.” For this student, clinical nursing leadership was a theoretical concept and its application to nursing practice remained unclear even after the brainstorming.

Students mentioned how the bomb shelter exercise had generated more lively discussions and debates than the brainstorming. During one interview, a student realized how the bomb shelter had helped her learn clinical nursing leadership. She said, “During [the bomb shelter], it was harder [than the brainstorming] because we really had to say what we thought. Oh! I just understood the link to clinical leadership—stand up for what you think.” When students spoke up to defend their ideas, animated discussions ensued and this seemed to help students learn to communicate, an essential skill for clinical nursing leadership.

---

<sup>13</sup>This exercise consisted of giving each group of students a list of 14 people with limited information on each person. Students must select 7 people from this list who will enter a shelter to survive an atomic bomb. For a person to be selected, students must achieve consensus, not majority vote.

This component underlines the necessity of structuring small group activities to generate animated discussions. In the case of the bomb shelter, a concrete topic with specific instructions helped generate animated discussions.

Three components of the educational intervention contributed to clinical nursing leadership development in 1st year nursing students. Visual examples and observation of role models helped students expand their perception of nursing beyond a technical role to one that included clinical nursing leadership; and animated discussions helped students learn to speak up.

## **Discussion**

This study reports the findings of a qualitative evaluation of an early clinical nursing leadership educational intervention. Results suggest that three core components of the intervention supported learning. Two of the components, visual examples and observation of role models, indicate that beginner students needed concrete representations to learn clinical nursing leadership. This is in agreement with Pashler et al. (2007) who recommend the use of concrete representations to help students learn abstract concepts.

Our results show that helping students concretize a nursing role embedded with clinical nursing leadership was essential to learning. This finding reinforces survey results where participants rated “role of the registered nurse” as being the most relevant information to include in curriculum content on clinical nursing leadership (Brown et al., 2016b). Our study suggests that videos can be an effective educational strategy to promote clinical nursing leadership as other experiences have already shown (Hathaway, 2013; Herrman, 2006). Showing students the effect of clinical nursing leadership on a patient's well-being helped them expand their vision of nursing beyond a technical profession. This is consistent with Ostrogorsky et al.'s (2015) research that showed that students begin their program with a narrow image of nursing that is focused on motor skills, but, through their program, they develop a sense that they can contribute to patient care. The visual examples showed that even beginner nursing students can express clinical nursing leadership through simple actions and contribute to quality patient care.

The observation of role models also expanded students' image of nursing. Interestingly, the observation of role models occurred not only during students' clinical practice, but by watching the videos. The student nurse in the videos became a role model for students. As reported by Kalb et al. (2012), positive role models are key for students to learn leadership. These role models are often embodied by experienced nurses (Walker et al., 2014), but our findings suggest that students can also learn clinical nursing leadership from role models that are perceived as their peers; in this case, a fellow student nurse.

Finally, the apparent minimal impact of the reflective journal and the brainstorming can be explained by several factors. In the journal's case, students had only 6 days of clinical practice to reflect on clinical nursing leadership. It is possible that students might not have been encouraged to express their clinical leadership during their practicum (Pepin et al., 2011) or witnessed any nurses expressing clinical nursing leadership. Since reflection is based on experience, students' experiences were perhaps too brief to produce in-depth reflection (Cleary et al., 2013). Given that a very small number of participants evaluated the journal ( $n = 6$ ), further research is needed to evaluate the contribution of reflection to clinical leadership development.

The brainstorming contributed to learning when students generated animated discussions. However, our findings showed that defining clinical nursing leadership, a theoretical and abstract concept, did not help stimulate discussions in beginner students. We believed that the brainstorming would act as an introduction to the videos, and students would use their definition to then recognize clinical nursing leadership in the visual examples, but participants questioned this practice. This concurs well with the findings of a previous study that show that in the first stages of learning, students can already recognize clinical nursing leadership actions (Pepin et al., 2011), without having to explicitly define the concept beforehand.

It is important to mention the component that received the most positive evaluation was also the most time-consuming to create. Fortunately, for this study, most of the resources used to produce the videos (camera, microphones, videographer, actors, etc.) were volunteers or free of cost. We are aware that finding these types of resources is time-consuming and can be a financial burden for educators.

### **Limitations of the study**

The results of this study need to be interpreted with caution since the sample of the study was relatively small (n=29). Also, students self-reported what they learned about clinical nursing leadership post-intervention and there was no pre-intervention measure. However, our aim was to identify the components of the intervention that, from the perspective of students and educators, contributed to clinical leadership development. Since students experience a wide variety of active learning strategies in the program, all of which could have contributed to clinical nursing leadership development (e.g. bomb shelter exercise, clinical practice, small group learning), pinpointing the contribution of the educational intervention proved to be difficult.

The educational intervention was strongly contextualized to the preregistration program, its clinical nursing leadership definition, and the expected level of competency development 1st year students should attain. Doing so, the intervention was aligned with the program's pedagogical intent which can support learning (Biggs and Tang, 2011). However, this can make it difficult to transfer to other academic settings that espouse different definitions of clinical leadership. For this reason, to facilitate intervention adaptation, a description of the intervention and its pedagogical intent was provided (Table 1).

### **Conclusion and recommendations of the study**

The study's aim was to report the qualitative evaluation of an educational intervention on clinical nursing leadership, for 1st year pre-registration nursing students. This study is the first step in understanding the types of educational interventions that can support (or do not support) clinical leadership learning in 1st year students.

The educational intervention reported here produced mixed results and subsequent work is needed to improve it, especially the brainstorming and reflective journal. Evaluation data revealed a need for concreteness to support 1st year students' clinical leadership development which explains participants' appreciation of the visual examples. The study's findings point to the contribution of small group discussion on concrete topics that can support students' ability to speak up and communicate, an essential skill for clinical nursing leadership. To improve the journal, a group reflection could replace the individual reflection which would



allow students to share their stories on clinical nursing leadership role models and build a common understanding of clinical nursing leadership. Future studies should be conducted with a larger sample of participants to evaluate these changes. Future evaluative research on educational interventions that support learning in 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> year students is also needed to create an evidence-based clinical nursing leadership curriculum thread.

### **Conflicts of interest**

There are no conflicts of interest to declare.

### **Funding sources**

The first author received doctoral scholarships from the Fonds de Recherche du Québec-Société et Culture (Grant number: 168782) and Équipe FUTUR, funded by the FRQSC (Grant number: 2014-SE-171378); the Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du Québec ; Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ; and Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Montréal. The Quebec Nursing Intervention Research Network, funded by the Fonds de Recherche du Québec - Santé (grant number RES-26674), provided funding for language editing for the manuscript.

## **4.3 Résultat additionnel : la confiance pour l'exercice du leadership clinique infirmier**

Avant de présenter la discussion en lien avec ces résultats, nous souhaitons décrire un résultat complémentaire qui serait susceptible de bonifier l'intervention pédagogique. Il s'agit de la confiance des étudiantes, une thématique qui a été mentionnée à plusieurs reprises par les participantes, mais qui n'a pas pu être abordée dans les deux articles qui répondaient aux questions de recherche.

L'importance de la confiance pour l'exercice du leadership clinique infirmier a été soulevée tant par les formatrices que les étudiantes qui ont participé à l'étude. La confiance a été abordée en référence à la confiance en soi, la confiance en ses connaissances et la confiance accordée par autrui.

Les participantes ont abordé la confiance en faisant référence à l'assurance démontrée par une personne. La confiance en soi était décrite comme une caractéristique personnelle. Selon les étudiantes, la confiance en soi permettait l'utilisation de leur voix pour s'exprimer librement durant le remue-méninges. Leur prise de parole n'était pas freinée par la gêne. Une étudiante a expliqué comment sa confiance en elle lui permettait d'apprendre puisqu'elle risquait la prise de parole dans différentes situations d'apprentissage, dont le laboratoire, en classe ou en stage. Elle a dit : « [...] je me trompe, c'est correct parce que ça me permettait d'apprendre par la suite. Mais si j'ai raison, ça permettait d'apprendre aux autres aussi... [il ne faut] pas avoir peur du ridicule, mais avoir confiance en soi. [...] des fois, je me trompe je me dis : 'je me suis trompée, ce n'est pas grave' » (Étudiante 2). Dans cet extrait, la participante fait référence à l'erreur en situation d'apprentissage. L'erreur ne semble pas avoir d'impact négatif sur sa confiance en elle. Elle perçoit plutôt la prise de parole comme étant avantageux au niveau des apprentissages, tant pour elle que pour ses collègues et cela la motive à s'exprimer. Pour d'autres étudiantes, leur confiance en soi les motivait à impliquer les membres de leur groupe et les amenait à créer des ouvertures pour que leurs collègues plus réservés puissent aussi participer : « [...] plus je travaille, plus je réalise qu'il y a beaucoup de monde [qui ne] disent pas leur opinion comme moi je le faisais. C'est important d'aller voir le monde s'ils sont gênés. Je pense que c'est du leadership que toi-même tu vas voir [les personnes] gênées, tu peux les pousser [...], leur donner la confiance : [...] 'vas-y t'es capable' » (Étudiante 19).

Les participantes ont aussi décrit la confiance en soi comme le précurseur d'actions porteuses de leadership clinique infirmier. Selon les participantes, ces actions pouvaient prendre différentes formes : la prise de parole devant des collègues ou des infirmières, la mise en œuvre d'une intervention clinique auprès du patient ou la communication à la préceptrice d'une problématique de soins. Une participante a raconté une situation clinique dans laquelle elle avait remarqué une donnée clinique anormale qu'elle hésitait à communiquer à sa préceptrice. La confiance en soi avait fait la différence entre la passivité et l'action. Elle a dit : « [...] autant des fois on sait des trucs, mais on ne les fait pas [...], j'ai eu confiance en moi par rapport à ça. Je savais que c'était la chose à faire [en parler à la préceptrice]. C'est ça [la confiance] qui a fait la différence [...] » (Étudiante 1). Dans l'extrait, la participante semble

mettre en lien ses connaissances, l'assurance qu'elle en tire et l'action. Elle s'appuyait sur le fait de savoir et se convainquait ainsi du bien-fondé de son geste (légitimité) avant de passer à l'action.

Une formatrice a abordé l'effet du temps sur le développement de la confiance en parlant plutôt d'occasions de consolidation des connaissances. Cette participante avait observé que ses étudiantes en stage étaient dans un état constant de réapprentissage ce qui nuisait au développement de leur leadership clinique. La participante décrivait des situations où les stages étaient entrecoupés d'activités pédagogiques hors du milieu clinique. Se faisant, les étudiantes n'étaient pas immergées suffisamment longtemps pour leur permettre de se construire une base solide de connaissances ; leur fondation de connaissances demeurant fragile. Elle expliquait qu'une fois de retour en stage, les étudiantes avaient oublié des informations qui leur avaient été déjà présentées. Dans ces situations, les étudiantes exprimaient l'incertitude face à leurs connaissances et n'osaient pas prendre d'initiative. Cette formatrice a dit :

Je te dirais que ça les freine vraiment parce c'est comme s'ils oublient avec le temps, c'est comme s'il faut recommencer tout le temps [...] Juste le fait que ça fasse une semaine qu'on l'a pas vu [...] mais dans les débuts c'est terrible c'est très difficile. C'est le manque de confiance en eux [...] quand t'es là deux jours, tu pars pendant une semaine, tu reviens au bout de deux jours c'est comme si la confiance que t'avais prise à ta deuxième journée c'est comme si tu l'as reperdue fait qu'il faut recommencer. C'est ça le problème majeur que je trouve » (Préceptrice 1).

L'autonomie et l'initiative étaient aussi tributaires de la confiance. Une étudiante a expliqué que la confiance était une qualité d'une infirmière leader clinique. La participante a dit : « [...] l'initiative, ça découle un peu de la confiance. Quand t'as de la confiance, t'as de l'initiative de faire des actions, de faire des hypothèses par toi-même [...] » (Étudiante 13). Parfois, l'initiative pouvait être perçue comme la prise de risque, mais les participantes ont toutefois précisé l'importance de ne pas dépasser certaines balises avec leurs initiatives, surtout en milieu clinique. Ces initiatives étaient basées sur des connaissances, une étudiante explique: « [...] je ne prends pas des décisions en l'air. Et puis je m'assure que je suis dans mes limites et puis je prends mes initiatives en s'assurant que le patient est *sécuré* [...] » (Étudiante 21).

En dernier lieu, des étudiantes participantes ont discuté du lien entre la confiance et la qualité de la relation de confiance entre le patient et l'infirmière : plus l'infirmière démontrait de la confiance, plus le patient se sentait en sécurité. L'assurance démontrée par l'infirmière lui permettait de gagner en crédibilité aux yeux du patient. Cela pouvait mener à l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmière et le patient. Une participante précise :

[...] il me semble qu'une infirmière qui n'est pas justement en confiance, ça bloque le patient, il n'est pas en confiance lui non plus. Il n'y a pas de lien de confiance qui se crée. [...] Tout patient veut être soigné par une infirmière qui sait ce qu'elle fait et qui se sent compétente. Elle agit d'une façon compétente puis elle est en confiance de ses capacités (Étudiante 1).

Pour les participantes, la confiance est intimement liée à l'expression du leadership clinique et semble même être un préalable à son expression. Selon les participantes, l'expression de cette confiance permet à l'infirmière d'établir une relation de confiance avec les patients. Il importerait, dans la révision de l'intervention pédagogique, de porter attention à ce thème.

Dans ce chapitre, nous avons présenté les résultats de la recherche sous forme de deux articles publiés en 2017 et 2018 dans des revues portant sur la formation infirmière. L'article II, portant sur l'expérience de coconstruction, a présenté certains principes qui ont mené à une expérience positive pour les participantes. Deux thèmes ont émergé des données de la coconstruction : *collaboration unique et délibérée* et *changement qui fait une différence*. Ces thèmes sont repris dans le prochain chapitre et discutés en faisant des liens avec des écrits sur les équipes de travail. L'article III, portant sur l'évaluation qualitative de l'intervention pédagogique coconstruite, a présenté trois composantes de l'intervention qui ont contribué à l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Ces trois composantes sont : *des exemples visuels auxquels l'étudiante pouvait s'identifier*, *l'observation de modèles de rôle* et *des discussions animées en petits groupes*. Les composantes sont discutées en soulignant leur apport à l'apprentissage du leadership clinique infirmier. Finalement, en fin de chapitre, nous avons présenté un résultat additionnel sur la confiance et l'expression du leadership clinique.



## **Chapitre 5 Discussion**

Cette thèse, inspirée d'un modèle de recherche développement des sciences de l'éducation (Harvey, 2007), avait pour but de coconstruire, avec un groupe d'étudiantes et de formatrices, une intervention pédagogique et à en décrire les composantes qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes tôt dans la formation initiale. Dans le présent chapitre, les résultats seront discutés en soulignant les apports aux champs de connaissances sur l'apprentissage du leadership clinique infirmier et sur la perspective de la voix étudiante en formation infirmière, et ce, sur les plans empirique, conceptuel et méthodologique. Nous débutons avec les apports empiriques de la thèse présentés selon les réponses aux deux questions de recherche qui ont chacune fait l'objet d'un article (articles II et III). Le chapitre se poursuit avec l'apport conceptuel de la thèse qui découle des résultats d'un examen de la portée au sujet de l'utilisation de la voix étudiante dans les programmes de formation en sciences infirmières et qui ont été présentés dans l'article I. La définition du leadership clinique proposée au chapitre 1 est aussi discutée en tant qu'apport conceptuel de la thèse. L'apport méthodologique de la thèse est ensuite discuté en abordant le modèle de recherche développement utilisé pour mener la recherche. Puis, les forces et limites de l'étude sont présentées. Le chapitre se clôt avec les implications des résultats et les recommandations qui en découlent pour des champs d'activités de la discipline infirmière soit la formation et le politique, la pratique, la gestion et la recherche.

### **5.1 Apport empirique**

Les résultats de recherche en réponse aux deux questions de recherche permettent un apport empirique au domaine de la formation infirmière. Ces résultats ont été rapportés dans deux manuscrits : le premier (article II) portant sur l'expérience de coconstruction des personnes impliquées ; le deuxième (article III) portant sur l'évaluation qualitative de l'intervention.

### **5.1.1 Expérience de coconstruction d'une intervention pédagogique pour les étudiantes et formatrices impliquées**

La première question de recherche portait sur l'expérience de coconstruction des étudiantes et des formatrices impliquées dans ce processus. La réponse à cette question a permis de développer des savoirs spécifiques sur le processus et sur l'expérience de coconstruction de groupe en milieu de formation infirmière.

Les résultats de notre recherche montrent que la coconstruction de groupe a été une expérience positive pour les participantes et que certaines conditions ont dû être mises en place pour favoriser ce résultat. L'analyse des données nous a permis de soulever que la coconstruction s'est déroulée dans un espace dit *liminal*, un terme emprunté des travaux de Cook-Sather et Allin (2011). Cet espace a été décrit comme un « entre-deux » où les balises habituelles qui régissent les interactions entre formatrices et étudiantes ont pu être repensées. Au sein de l'espace liminal, les participantes ont vécu une expérience décrite comme étant « une collaboration unique et délibérée » (thème 1) de laquelle a découlé « un changement qui fait une différence » (thème 2). Ces deux thèmes rejoignent les nombreux savoirs développés dans le domaine de la psychologie organisationnelle sur le travail en équipe et nous aident à expliquer l'expérience positive de l'équipe de coconstruction (Hackman, 2002).

Selon les résultats de la recherche, l'espace liminal a été marqué par un niveau élevé de collaboration et où un sentiment de cohésion était apparent. D'entrée de jeu, ces descripteurs nous indiquent que la coconstruction était synergique et ressemblait à un véritable travail d'équipe caractérisée par une interdépendance des membres (Hackman, 2002). Il semble que la collaboration et le sentiment de cohésion sont le résultat d'un effort conscient des participantes d'adopter un rôle différent de leur rôle habituel d'étudiante ou de formatrice, accordant ainsi un caractère « unique » à la coconstruction. Les participantes se sont appropriées le rôle de coconstructrice, tout en conservant leurs connaissances et expériences acquises en tant que formatrice et étudiante, mais en dépassant ces perspectives spécifiques. Cette transition de rôle peut avoir été facilitée par une discussion menée sur les dynamiques de pouvoir, inspirée des écrits de Chinn (2004), avant de débiter le développement de l'intervention. En effet, un moyen simple (tutoiement et utilisation du prénom) a été proposé et

adopté par les coconstructrices pour reconfigurer leurs relations durant les rencontres de coconstruction. Les coconstructrices ont adhéré à ce que Hackman (2002) appelle une « norme d'équipe ». Dans le cadre d'une coconstruction de groupe formatrices-étudiantes, les dynamiques de pouvoir étaient un sujet important à aborder en début de processus.

Bien que cette « norme » pouvait prendre différentes formes (d'autres milieux auraient pu privilégier le vouvoiement par exemple), elle a été d'une grande importance dans le milieu d'enseignement où les dynamiques de pouvoir s'opèrent dans la relation hiérarchique entre les formatrices et les étudiantes (Bergmark et Westman, 2016; Bovill et al., 2011; Cook-Sather, 2014a; Healy et al., 2014). En accord avec les travaux de Bovill (2013) et de Taylor et Robinson (2009) qui ont étudié, respectivement, la co-création et ont théorisé sur les dynamiques de pouvoir présentes lors de projets fondés sur la voix étudiante, nos résultats montrent que la coconstruction est possible lorsqu'il y a réorganisation de la relation hiérarchique formatrice étudiante et des dynamiques de pouvoir sous-jacentes. Fielding (2001) note d'ailleurs que les projets de voix étudiante devraient mener à une relation collégiale entre formatrices et étudiantes. Nos résultats mettent en évidence qu'une modification dans le langage utilisé peut s'avérer une base pour construire une relation de ce type et qu'une discussion sur les dynamiques de pouvoir dans un projet de coconstruction s'avère importante en début de processus.

La « norme » de communication citée précédemment a été négociée par les coconstructrices et a été identifiée dans notre recherche comme faisant partie de la structure de l'équipe. Cette structure incluait également l'objectif établi en début de coconstruction. La structure est liée à l'adjectif « délibérée » du premier thème. Nos résultats montrent que dans le cadre d'une coconstruction d'intervention pédagogique, une structure flexible peut donner une direction à l'équipe et balise le travail à réaliser. Nos résultats soutiennent les propos de Freeman (1973) cités par Hackman (2002) qui explique qu'une absence ou un manque de structure formelle est aussi contraignant qu'une structure trop rigide. Nous avons pu établir un équilibre entre ces deux extrêmes.

La structure particulière de la coconstruction dans cette étude a été pensée en se basant sur les travaux de Chinn (2004). Cette décision a été, à notre avis, extrêmement judicieuse. Les principes de *Peace Power* de Chinn (2004) promeuvent, entre autres, une participation



égale et active de tout un chacun, des relations harmonieuses entre les personnes et un engagement collectif pour la création d'un meilleur avenir. Ces principes sont tout à fait cohérents avec les valeurs qui sous-tendent la perspective de la voix étudiante et la façon dont nous avons animé et structuré la coconstruction. Hackman (2002) ajoute qu'une cohérence entre les valeurs et la structure mise en place pour guider une équipe est primordiale dans le contexte de travail en équipe.

Le deuxième thème « changement qui fait une différence » expose les perceptions des coconstructrices que l'atteinte de l'objectif était porteur d'un changement concret et positif pour le programme de formation. En d'autres mots, l'intervention était perçue comme une amélioration au programme et portait une signification pour les coconstructrices. L'impact positif anticipé de l'intervention sur l'apprentissage du leadership clinique des étudiantes a motivé les coconstructrices tout au long du processus. Tout comme l'étude de Carey (2013), nos résultats montrent que les participantes avaient des motivations altruistes et voulaient contribuer à améliorer le programme de formation. Il est aussi possible que les coconstructrices aient ressenti une certaine responsabilité face à l'amélioration du programme de formation (Adam et al., 2014) et qu'elles aient profité de la plateforme offerte par la coconstruction pour avoir un impact concret sur celui-ci. Il est intéressant de noter que les étudiantes coconstructrices auraient pu ressentir un certain détachement face au projet d'autant plus qu'elles n'avaient pas participé à sa planification (Seale, 2015). Cela n'a pas été le cas dans cette recherche ; les étudiantes coconstructrices ont apprécié avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences (Rudduck et Fielding, 2006) avec des formatrices.

Au-delà de l'aspect signifiant de l'objectif, le deuxième thème renvoie aussi au besoin d'avoir un objectif tangible et l'importance de son atteinte dans les délais prescrits par le milieu. Pour favoriser un engagement d'une coconstructrice, l'objectif poursuivi doit donc être clair, porteur de changement, empreint d'une certaine importance et être tangible. Dans cette étude, les coconstructrices ont pu voir que l'intervention qu'elles avaient pensée a été concrétisée et elles ont pu prendre connaissance de l'impact de la coconstruction. Le besoin de voir se concrétiser leur travail collectif provient possiblement d'expériences antérieures où des réflexions collectives ont mené au statu quo. Ces résultats rejoignent le modèle théorique de Palmer et al. (2018) sur la participation des patientes pour l'amélioration du système de santé.

Dans ce modèle, les auteurs soulignent l'importance de la mise en action des solutions co-développées par des patientes et des intervenantes. Cette mise en action peut être profitable pour les participantes qui sentent que leur engagement a contribué à améliorer les services de santé pour d'autres patientes (Palmer et al., 2018). Pour cette raison, il a été important de partager l'intervention dans sa version finale avec les coconstructrices afin de « fermer la boucle de rétroaction », c'est-à-dire de retourner aux coconstructrices les actions découlant de leur travail collectif (Subramanian et al., 2012).

La transformation d'une idée en action pédagogique était une condition de succès de la coconstruction. La réalisation de l'intervention et de ce fait, l'atteinte de l'objectif a été rendue possible par l'adéquation entre l'idée d'intervention pédagogique et les ressources disponibles dans le milieu. Dans cette étude, les coconstructrices évoluaient dans un contexte qui possédait les ressources disponibles pour réaliser le changement proposé. De plus, le fait de choisir des coconstructrices issues du milieu a facilité la recherche d'informations sur les ressources disponibles. Cela a permis de créer une intervention adaptée au milieu. Dans les conditions de succès d'une équipe de travail, Hackman (2002) souligne l'importance d'un contexte organisationnel soutenant, c'est-à-dire, qui facilite l'accès aux informations et ressources nécessaires pour la réalisation du travail d'une équipe.

Finalement, ce deuxième thème fait référence aux retombées de la coconstruction sur les participantes en termes d'apprentissage. Nos résultats montrent que les projets de coconstruction peuvent être utilisés comme un moyen pour former les participantes au travail d'équipe et au leadership. Toshalis et Nakkula (2012) ont constaté que les projets fondés sur la voix étudiante peuvent être des occasions pour les étudiantes d'exprimer leur leadership. Au-delà de cette expression de leadership, nos résultats montrent que les projets peuvent aussi constituer un moyen de se former au leadership au même titre que la participation à des activités sportives, des comités académiques ou des associations étudiantes (Komives et al., 2006). La coconstruction a créé un contexte qui nécessitait la mobilisation des habiletés de communication des coconstructrices. Ceci permet aux personnes de prendre conscience de leur capacité à influencer les décisions pédagogiques. La communication (Atkinson Smith, 2017; Brown, Crookes, et al., 2016; Pepin et al., 2011), la capacité d'influence (Cook, 2001a; Fealy et al., 2011; Northouse, 2015; Stanley, 2006b, 2006c) et la contribution au changement

(Edmonstone, 2009; McNamara et al., 2011; Raelin, 2016) sont des habiletés liées au leadership.

En conclusion, les résultats en réponse à cette première question de recherche soulignent l'importance de la mise en place d'une structure flexible pour faciliter la coconstruction en groupe. Tout en conservant une perspective constructiviste, les travaux en psychologie organisationnelle sur les équipes de travail, jusqu'ici peu utilisés dans les études portant la voix étudiante, peuvent offrir un éclairage nouveau sur comment guider une coconstruction en groupe formatrices-étudiantes. Les recommandations découlant de cette discussion sont présentées dans la section sur les implications de l'étude.

### **5.1.2 Composantes d'une intervention pédagogique qui soutiennent l'apprentissage du leadership clinique infirmier d'étudiantes de 1<sup>re</sup> année**

Selon les participantes, trois composantes de l'intervention ont contribué à l'apprentissage du leadership clinique infirmier d'étudiantes en 1<sup>re</sup> année de leur formation initiale en sciences infirmières : des exemples visuels auxquels l'étudiante pouvait s'identifier, l'observation de modèles de rôle et des discussions animées en petits groupes. Ces composantes seront discutés en tentant d'établir des liens entre celles-ci.

D'entrée de jeu, il importe de noter que la composante qui a été la plus saillante dans les données recueillies était « les exemples visuels auxquels l'étudiante pouvait s'identifier » qui prenaient la forme de deux courtes vidéos. La satisfaction des apprenantes à l'égard de vidéos comme intervention pédagogique est reconnue. En effet, les auteurs d'une revue des écrits portant sur l'utilisation des vidéos en formation infirmière (Forbes et al., 2016) décrivent leur contribution à l'acquisition d'habiletés cliniques et soulignent leur efficacité et le haut niveau de satisfaction des apprenantes à l'égard de ce type de média. L'opinion de formatrices est aussi favorable envers les vidéos ; certains utilisant des extraits de films pour enseigner le leadership et la gestion (Hathaway, 2013). Les tendances éducatives penchent de plus en plus vers l'utilisation de vidéos pour répondre aux besoins d'apprentissage des étudiantes de la génération Y (Pardue et Morgan, 2008) et Z (Shatto et Erwin, 2017). Il n'est donc pas surprenant de constater la saillance de cette donnée dans les résultats de l'étude.

À notre sens, la présence d'un patient dans les exemples visuels était primordiale pour que les étudiantes puissent comprendre la nécessité de développer cette compétence pour des soins de qualité au patient. Dans son cadre conceptuel pour les formatrices en sciences infirmières, McAllister (2011) encourage l'utilisation d'interventions pédagogiques qui sensibilisent les étudiantes au fait que leurs actions peuvent « soulager ou exacerber la détresse [du] patient » (traduction libre, p. 47). Nos exemples visuels pourraient être considérés un *powerful media*, c'est-à-dire une intervention pédagogique qui engage les sens des étudiantes et leur font vivre différentes émotions (McAllister, 2011). En visualisant les vidéos, les étudiantes étaient confrontées à l'effet de l'absence ou la présence de leadership clinique infirmier sur le patient. De plus, la présence d'un dilemme dans les exemples visuels de même que l'intégration de l'humour aux vidéos (Baid et Lambert, 2010; Garner, 2006; Smith et Noviello, 2012) ont suscité l'attention et l'engagement des étudiantes. Dans notre étude, l'utilisation d'humour pertinent au contenu a influencé positivement la perception d'apprentissage des étudiantes tout comme l'ont suggéré Machlev et Karlin (2016). Il est à noter que l'humour des vidéos était accompagné d'une intention pédagogique claire et n'était pas utilisé de manière injustifiée simplement pour faire rire les étudiantes (Baid et Lambert, 2010; Smith et Noviello, 2012). L'humour a contribué à la satisfaction des participantes (Baid et Lambert, 2010) et semble avoir aidé à la rétention des informations dans les vidéos (Machlev et Karlin, 2016).

En voyant une étudiante-infirmière en action auprès d'une patiente, les étudiantes semblent avoir acquis de nouvelles connaissances pouvant faciliter leur apprentissage du leadership clinique. La conception constructiviste de l'apprentissage stipule que les connaissances antérieures des étudiantes peuvent faciliter ou inhiber l'apprentissage, ou être source de conceptions erronées (Tardif, 2016). En amont des vidéos, un remue-méninges a été utilisé pour réactiver les connaissances antérieures des étudiantes sur le concept plus général du leadership. Toutefois, nous n'avions pas anticipé que certaines connaissances antérieures des étudiantes sur le leadership seraient incompatibles avec leur conception du rôle infirmier. En effet, en cohérence avec l'étude de Day, Field, Campbell et Reutter (2005), nos résultats montrent que les étudiantes qui arrivent dans le programme ont parfois des images réductrices de l'infirmière, l'identifiant comme l'assistante du médecin ou comme une exécutante de

tâches techniques ; le patient, la relation patient-infirmière et l'autonomie de l'infirmière étant absents de leur préconception. Nous émettons l'hypothèse que durant l'activité de remue-ménages, quelques étudiantes se retrouvaient dans une situation de rupture épistémologique (Tardif, 2016) ou de dissonance cognitive (Day et al., 2005) alors que leur conception personnelle du rôle infirmier était incohérente avec celle du leadership qui, selon elles, requiert un haut niveau d'autonomie professionnelle pour être exercé. En conséquence, ces étudiantes n'arrivaient pas, jusque là, à comprendre le lien entre le rôle infirmier et le leadership clinique. Par contre, les vidéos ont pu aider les étudiantes à « faire sens » de leurs apprentissages (Tardif, 2016) en leur présentant une conception plus élargie à la fois du rôle infirmier et la manière dont le leadership clinique infirmier peut être intégré à ce rôle.

Les exemples visuels ont réussi à défaire une conception inexacte ou à élargir la conception initiale du rôle infirmier des étudiantes. Bien que l'apprentissage du rôle infirmier peut sembler préalable à la compréhension du leadership clinique infirmier, dans les faits, la présentation du rôle infirmier a été réalisée de façon concomitante à la présentation du leadership clinique infirmier en donnant des exemples (et contre-exemples) concrets. Les étudiantes en rupture épistémologique ont eu besoin de ces exemples concrets (Arvekle, Berg, Wigert, Morrison-Helme et Lepp, 2018; Tardif, 2016) pour apprendre. Pour cette raison, les vidéos ont été un médium intéressant pour apprendre à la fois sur le rôle infirmier et le leadership clinique.

D'autres éléments ont aussi soutenu l'apprentissage du rôle infirmier et du leadership clinique infirmier. En choisissant de simuler un stage clinique dans les exemples visuels, les étudiantes participantes ont pu se projeter dans les situations vécues par l'étudiante-infirmière. Les étudiantes anticipaient d'être aux prises avec des situations similaires au cours de leur première expérience clinique. Cette perception de « réalisme » des vidéos souligne la contribution du concept de « signifiante » à l'apprentissage. En rejoignant les préoccupations des étudiantes face à leur stage (Viau, 2009) et leur future pratique comme infirmière (Lasnier, 2000; Tardif, 2016), les informations présentées dans les vidéos pouvaient être perçues comme étant utiles et ont soutenu l'apprentissage des étudiantes. La perception de l'utilité étant un facteur important pour la motivation et l'engagement de l'étudiante dans une activité pédagogique donnée (Viau, 2009).

Les vidéos ont aussi mis en vedette une étudiante-infirmière en début de parcours académique qui exprime son leadership clinique grâce à des gestes concrets. Les étudiantes participantes ont pu distinguer les gestes de l'étudiante-infirmière qu'elles considéraient être du leadership clinique infirmier de ceux qui n'en étaient pas. Ceci appuie les résultats de Pepin et al. (2011) qui stipulent qu'en début d'apprentissage du leadership clinique infirmier, les étudiantes sont en mesure de discriminer les actions d'une infirmière leader et celle d'une leader négative. Les étudiantes sont aussi en mesure d'adopter les mêmes actions que l'infirmière leader (Pepin et al., 2011), ce qui explique pourquoi certaines étudiantes participantes ont rapporté avoir imité l'étudiante des vidéos durant leur stage clinique.

Les participantes ont généralement catégorisé les exemples de leadership clinique infirmier comme étant « bons » et les contre-exemples comme étant « mauvais ». Ceci soutient les propos de Crevani (2011) qui soulignent que le concept de leadership possède un caractère moral et est souvent représenté par les gestes d'une personne considérée « bonne » ou dans notre cas, d'une « bonne » étudiante-infirmière. Ces résultats illustrent aussi la pensée dualiste de nombreuses étudiantes infirmières en début de programme. Ces dernières auraient tendance à catégoriser les idées comme étant bonne ou mauvaise et cherchent des règles universelles pour guider leurs interventions (Greenwood et Fyers, 2018). En ce sens, les exemples et contre-exemples dans les vidéos ont pu rejoindre le niveau de développement cognitif des étudiantes en début de programme et susciter leur intérêt pour le leadership clinique. Il importera de s'assurer que l'utilisation de ces exemples et contre-exemples ne renforce pas la pensée dualiste, mais donne l'occasion de réflexions critiques. Cette activité des vidéos n'en remplaçait aucune autre dans le programme, mais était précédée de deux activités pédagogiques : l'activité de bombe anti-matière (voir article III) et une activité sur les avantages et désavantages du travail en équipe.

La deuxième composante de l'intervention pédagogique était « l'observation de modèles de rôle ». L'observation de modèle de rôle est reconnue comme méthode pédagogique pour l'apprentissage du leadership (Baldwin, Mills, Birks et Budden, 2014; Kalb et al., 2012; Komives et al., 2005; Pepin et al., 2011). Tel que mentionné précédemment, les étudiantes en début de parcours peuvent aisément identifier les actions d'une infirmière leader (Pepin et al., 2011). Pour cette raison, l'étudiante-infirmière dans les vidéos a pu être perçue

comme un modèle de rôle du leadership grâce à ses actions. Nos résultats soulignent la contribution de modèles de rôle considérés comme des pairs à l'apprentissage. Dans l'apprentissage du leadership, il semblait important de montrer aux étudiantes que toutes les infirmières peuvent exprimer du leadership clinique. Le modèle de rôle des vidéos a rendu le leadership clinique accessible aux étudiantes en modifiant leurs perceptions que le leadership est la responsabilité des personnes ayant des titres de leaders désignés.

En offrant un modèle de leadership clinique infirmier, plus proche de la réalité des étudiantes novices, l'intervention semble avoir rejoint leur niveau de compréhension du leadership clinique infirmier. Nos résultats suggèrent donc une remise en question de l'observation de modèles de rôle experts comme activité pédagogique pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes en début de parcours. En s'inspirant des actions de modèles de rôle expertes, les étudiantes débutantes seraient à risque d'en déduire des règles universelles pour agir avec leadership clinique et de les appliquer sans considérer leur pertinence dans un contexte donné (Haraldseid et al., 2016).

Les résultats de l'appréciation du journal d'apprentissage portant sur l'observation de leadership clinique infirmier, présentés dans l'article III, étaient mitigés. Certaines étudiantes avaient apprécié le journal alors que d'autres ont admis avoir inventé des réponses aux questions du journal. Le manque d'enthousiasme face au journal pourrait être lié à des expériences antérieures où l'étudiante s'était investie pour produire un journal d'apprentissage de qualité, mais la rétroaction donnée lui paraissait trop sommaire voire insuffisante par rapport à son effort. En effet, dans leur revue des écrits sur la pratique réflexive en sciences infirmières, Dubé et Ducharme (2015) soulignent que la production d'une réflexion écrite exige un investissement de temps important de la part de l'apprenant. Ainsi, une réflexion en format oral aurait pu être privilégiée plutôt qu'en format écrit. Cette réflexion aurait pu faire l'objet d'un partage avec la préceptrice et le groupe de stage de l'étudiante. Ces étudiantes auraient pu être interpellées pour formuler des commentaires sur la réflexion de leurs collègues, en complément de ceux de la préceptrice. Cette manière de fonctionner procurerait la chance à l'étudiante de recevoir une rétroaction proportionnelle à l'effort investi. L'étude de Platzer, Blake et Ashford (2000), citée dans la revue des écrits Dubé et Ducharme (2015), rapporte que la pratique réflexive en groupe peut promouvoir, entre autres, la confiance en soi

et l'ouverture d'esprit qui sont toutes deux liées au développement du leadership clinique infirmier.

La troisième composante de l'intervention pédagogique était des discussions animées en petits groupes. Cette composante ciblait spécifiquement l'apprentissage d'être ouvert aux opinions de collègues. Le partage d'idées entre les étudiantes durant le remue-méninges a permis la construction d'une définition en groupe du leadership clinique infirmier dépassant leurs conceptions individuelles. Lorsque la majorité des étudiantes interagissaient, cela pouvait faciliter l'apprentissage de leurs pairs (Smith et al., 2005) en les confrontant à diverses perspectives sur le leadership et en ajoutant à la leur. En contraste, nos résultats soulignent aussi l'impact négatif de ce qui est rapporté comme étant du désengagement de certaines étudiantes durant le remue-méninges. Ce désengagement était perçu comme une distraction par les étudiantes qui s'engageaient durant l'activité et s'efforçaient de participer pour faire avancer la réflexion de leur groupe. Il est possible que ces étudiantes engagées se soient laissées distraire puisqu'elles avaient l'attente que tous les membres de leur équipe participeraient à la discussion. Ces étudiantes croyaient peut-être que le silence de leurs collègues était signe de désintérêt. Skinner, Braunack-Mayer et Winning (2016) citent plusieurs études rapportant que certaines étudiantes croient que tous les membres d'un groupe ont l'obligation de contribuer aux discussions de groupe. Confrontées à leurs collègues silencieux et peut-être désengagés, certaines étudiantes ont possiblement concentré leurs efforts à tenter de faire participer leurs collègues au lieu de faire avancer la discussion de leur équipe.

Le résultat additionnel de notre recherche sur la confiance pour l'exercice du leadership clinique infirmier peut expliquer la réticence de certaines étudiantes à prendre la parole durant le remue-méninges. Il est possible que des étudiantes éprouvant de la gêne ou ayant moins confiance en elle n'aient pas risqué la prise de parole. Il se peut que ces étudiantes aient eu peur de se tromper ou elles ne se sentaient pas suffisamment en sécurité pour interagir avec leurs collègues (Steinert, 2004). En contraste, certaines étudiantes ayant une bonne confiance en elle ont risqué la prise de parole même si elles étaient incertaines de leur contribution à la discussion. Pour d'autres étudiantes, leur confiance en leurs connaissances par rapport au leadership, a pu les inciter à partager leurs connaissances avec leurs collègues.



Plusieurs auteurs soulèvent la confiance comme étant une qualité du leader clinique (Brown, Crookes, et al., 2016; Burns, 2009c; Honour, 2013; Komives et al., 2005; Stanley et Stanley, 2018).

Il faut aussi noter que le sujet du leadership clinique infirmier pour le remue-méninges aurait pu être perçu comme trop théorique, inintéressant ou peu utile par les participantes ce qui aurait eu comme effet de les désengager durant la discussion (Viau, 2009). Une méconnaissance du rôle de l'infirmière à cette étape de leur parcours académique semble avoir contribué à cette perception. En même temps, l'activité pouvait faciliter un apprentissage autant du rôle de l'infirmière que du leadership clinique infirmier. Ceci appuie le besoin de structurer des activités pédagogiques pour permettre la participation active de tous les membres (Steinert, 2004) au-delà de l'écoute active (Lindblom-Ylänne, Pihlajamäki et Kotkas, 2003).

## **5.2 Apport conceptuel**

La principale contribution conceptuelle de cette thèse est d'offrir une clarification de la perspective de voix étudiante en formation infirmière. L'examen de la portée (article I) a dressé un portrait de différents projets de la voix étudiante dans le domaine de la formation infirmière. Dans cette section, nous discutons également de notre définition de travail du leadership clinique infirmier.

### **5.2.1 Apport de l'examen de la portée**

Au chapitre 2, nous avons présenté un examen de la portée (*scoping review*) sur la thématique du *transformational student voice work*. À notre connaissance, un tel exercice n'avait pas encore été réalisé dans le domaine de la formation infirmière. Ces écrits soulignent l'importance de la dimension transformationnelle de la perspective de la voix étudiante. Les résultats indiquent également que cette dimension transformationnelle peut mener à des retombées positives pour les participantes, les cours, les programmes ou la recherche en formation infirmière. Un aspect novateur de notre recherche a été de choisir ce cadre de référence encore peu exploité en sciences infirmières et pourtant proche des valeurs de cette discipline. Ainsi, la perspective de la voix étudiante a guidé nos choix quant à la composition

et au mandat de l'équipe de coconstruction. La dimension transformationnelle se retrouve à la fois dans la participation à part entière d'étudiantes dans l'élaboration d'activités pédagogiques qui ont été mises à l'essai et qui se poursuivent dans le programme.

Il est intéressant de noter une certaine cohérence entre les principes sous-jacents au *transformational student voice work* qui ont guidé la coconstruction et la définition du leadership clinique infirmier proposée au chapitre 2. En effet, ces deux concepts questionnent les relations traditionnelles entre formatrice et étudiante et entre leader et *follower*. Dans le cas du *transformational student voice work*, le concept propose une reconfiguration des relations de pouvoir entre formatrices et étudiantes (Robinson et Taylor, 2013), au dialogue (Seale, 2010) et au respect pour sa mise en action. Dans le cas du leadership, les travaux auxquels nous nous référons (Raelin, 2005, 2011, 2016) présente une nouvelle conceptualisation du leadership qui émerge des interactions entre les personnes, peu importe leur titre ou leur désignation. Cette conceptualisation semble faire écho chez des chercheurs du domaine de la voix étudiante. Selon Toshalis et Nakkula (2012), la voix étudiante peut devenir une expression du leadership lorsque les étudiantes et les formatrices codécident et co-planifient les changements éducatifs.

### **5.2.2 Définition du leadership clinique infirmier**

Au chapitre 2, nous avons également proposé une définition du leadership clinique infirmier en lien avec un énoncé du centre d'intérêt de la discipline infirmière et qui est axé sur les relations plutôt que sur l'individu. Toutefois, au cours de la coconstruction, les participantes ont trouvé plus simple et plus cohérent de procéder avec la définition du leadership clinique infirmier présentée dans les documents du programme de formation. Ainsi, elles ont écarté la définition de travail proposée.

La définition de travail proposée était : contribution d'une infirmière ou d'une étudiante infirmière donnant des soins directs aux patients à la mobilisation d'un groupe de personnes ; cette mobilisation a pour but d'améliorer des soins qui visent le bien-être de la Personne, tel que défini par celle-ci. L'équipe de coconstruction semble avoir été un exemple d'opérationnalisation de la définition de travail dans le domaine de la formation infirmière et

montre que cette définition peut se mettre en œuvre et mener à des changements concrets et positifs.

La définition de travail du leadership clinique infirmier était fortement inspirée de l'écrit de Raelin (2005) qui aborde le leadership comme une pratique collective. Raelin nomme cette pratique *leaderful practice*. Le travail de l'équipe de coconstruction peut être interprété comme un exemple de *leaderful practice* décrit au chapitre 2. L'équipe de coconstruction semble avoir respecté les quatre processus qui caractérisent *leaderful practice*. Le premier processus est la définition d'un objectif. Le deuxième processus est l'engagement des membres à l'atteinte de l'objectif fixé. Le troisième processus est le maintien de l'engagement et la cohésion entre les différentes personnes. Le quatrième et dernier processus est la capacité de s'adapter au changement. En effet, l'équipe de coconstruction n'avait pas de leader désigné et chaque personne a contribué de manière singulière à l'atteinte de l'objectif commun.

Il est difficile de se prononcer sur l'intervention pédagogique qui aurait découlé de la définition du leadership clinique infirmier proposée par l'étudiante-chercheuse puisque l'équipe de coconstruction n'a pas eu suffisamment de temps pour échanger sur leurs interprétations de cette définition. De plus, la définition qui a été utilisée par l'équipe de coconstruction, soit celle du référentiel de compétences, avait été déclinée en niveaux de développement attendus. La comparaison de notre définition du leadership clinique infirmier au « niveau de développement attendu de leadership clinique infirmier » du référentiel de compétences s'avère un exercice complexe, puisqu'ils ne se situent pas au même niveau d'abstraction; le « niveau attendu » se prêtant mieux à l'opérationnalisation que notre définition qui demeure plus générale. Pour cette raison, l'équipe de coconstruction s'est fortement appuyée sur le niveau attendu de leadership clinique infirmier à la fin de la 1<sup>re</sup> année plutôt que sur la définition du leadership clinique du référentiel pour développer l'intervention pédagogique. Ce niveau attendu mettait l'accent, entre autres, sur la relation de confiance avec la Personne et l'ouverture d'esprit. Ces éléments du niveau attendu décrivent des habiletés qui semblent préalables à la mobilisation d'un groupe de personnes, un des éléments de notre définition. Il aurait été intéressant de soumettre notre définition du

leadership clinique infirmier à un exercice lui permettant d'être déclinée en niveaux attendus, cela fait partie d'une de nos recommandations pour la formation en sciences infirmières.

### **5.3 Apport méthodologique**

L'utilisation d'un modèle de recherche développement (Harvey, 2007; Harvey et Loïselle, 2009) issu des sciences de l'éducation a constitué à la fois une richesse et un défi. Nous discutons du modèle et des adaptations qui y ont été apportées ainsi que de la pertinence de notre position épistémologique.

#### **5.3.1 Modèle adapté de recherche développement pour la formation infirmière**

Le modèle de recherche développement a été choisi pour sa spécificité en lien avec le développement d'intervention pédagogique, sa division en plusieurs étapes structurantes et l'intégration de caractéristiques qui mettaient en valeur l'aspect scientifique d'une démarche de développement d'intervention. Son utilisation et son adaptation au contexte d'une étude qualitative en formation infirmière constituent une contribution méthodologique de notre étude. En effet, durant la conception de l'étude, nous avons l'intention d'utiliser le modèle original le plus fidèlement possible. Selon Thorne (2016), l'adhésion rigide à une méthode de recherche n'est pas recommandée si celle-ci ne permet pas de développer des savoirs utiles à la discipline infirmière. En cours d'étude nous avons dû adapter le modèle pour assurer sa cohérence avec le contexte de la formation infirmière et la position épistémologique constructiviste.

Nous avons donc proposé une version adaptée du modèle en mettant l'accent sur l'analyse du processus de développement (coconstruction). Nous avons aussi inclus des étapes en lien avec les retombées de l'étude pour la discipline infirmière et reclassé les critères de scientificité pour faciliter l'utilisation du modèle lors d'une prochaine recherche qualitative s'inscrivant dans le courant constructiviste. De plus, nous avons repris l'idée du modèle original qui propose plusieurs allers-retours entre les mises à l'essai et l'intervention, permettant ainsi de continuellement mettre celle-ci à jour selon les nouvelles connaissances développées et la rétroaction des participantes. En ce sens, il s'agit d'une façon d'assurer que

l'intervention reste adaptée aux besoins d'apprentissage des étudiantes et peut continuer de contribuer à l'apprentissage des étudiantes. Tout comme le font Harvey et Loïselle (2009), nous invitons les chercheurs à modifier le modèle que nous proposons selon les besoins spécifiques de leur discipline et de leur contexte.

À notre sens, ce qui distingue la recherche développement en sciences de l'éducation du développement d'intervention en sciences de la santé est l'influence du domaine de l'ingénierie et l'intégration des concepts liés à la gestion de projet. Ainsi, des considérations en termes de ressources financières et humaines sont intégrées au modèle de recherche développement original, un aspect à considérer afin que l'intervention soit adaptée aux ressources disponibles du contexte pour lequel elle a été développée. Ceci permettrait à d'autres chercheurs souhaitant reproduire les études de bien cerner les ressources nécessaires pour les réaliser. Les formatrices souhaitant reprendre les interventions dans leur programme pourront aussi mieux comprendre les ressources à déployer par rapport aux retombées de l'intervention. Une discussion transparente des ressources financières, humaines et des retombées de l'intervention devrait aider les chercheurs et les formatrices à prendre des décisions éclairées.

Dans notre étude, nous avons favorisé l'utilisation des ressources disponibles pour minimiser les coûts liés à la mise à l'essai de l'intervention. Le coût de l'activité en classe est estimé à 5200\$ pour un groupe de 32-40 étudiantes. La majorité de ces coûts sont liés à la production des vidéos et l'autre portion est liée à la rémunération des tutrices. Tel que discuté dans l'article III, la production des vidéos a nécessité la recherche et l'engagement de plusieurs ressources humaines et matérielles. Si les cinq acteurs et les deux vidéographes n'avaient pas été des bénévoles et si le matériel (caméra, microphone, logiciel pour faire le montage en post-production) pour tourner les vidéos n'avait pas été disponible dans le milieu de l'étude, nous estimons que le coût aurait été d'environ 5000\$ pour produire les deux vidéos qui ont été d'une durée totale de 5 minutes. Ceci est sans compter le temps dédié à scénariser les vidéos et à leur ajouter des sous-titres. Il importe de mentionner que les vidéos ont constitué une donnée saillante durant les entrevues autant chez les tutrices que les étudiantes. Cette saillance nous laisse croire que la contribution de cette activité à l'apprentissage du leadership clinique infirmier des étudiantes a été importante. Pour sa part, l'activité en stage

n'a engendré aucun coût additionnel, outre les frais qui sont versés par le milieu académique aux établissements de santé qui reçoivent des stagiaires. À titre de rappel, la lecture des journaux d'apprentissage faisait partie des responsabilités d'une préceptrice qui acceptait de superviser un groupe d'étudiantes en stage.

Finalement, une autre force du modèle de recherche développement de Harvey (2007) est l'explicitation de la position épistémologique du chercheur. L'intégration de la position épistémologique comme une des composantes de la phase 3 (méthodologie) oblige le chercheur à expliquer le courant épistémologique dans lequel s'inscrit sa recherche développement, lui permettant de cerner la cohérence entre le courant et ses choix méthodologiques. Pour notre part, le choix d'inscrire notre recherche développement dans une épistémologie constructiviste a été judicieux. Nous en discutons dans la section qui suit.

### **5.3.2 Pertinence de la position épistémologique**

Cette recherche a été guidée par le constructivisme. La position épistémologique constructiviste a orienté les choix méthodologiques au niveau de la décision de procéder par une coconstruction en équipe et par une évaluation qualitative de l'intervention pédagogique coconstruite. Un apport original de la thèse se situe au niveau de la méthode utilisée pour le développement de l'intervention, c'est-à-dire faire émerger les savoirs des étudiantes et des formatrices. Adoptant une forme hybride entre un groupe de discussion et un groupe de travail, les rencontres de l'équipe de coconstruction ont créé un espace qui a permis d'entendre les voix des formatrices, des étudiantes et celle de l'étudiante-chercheuse (Guba et Lincoln, 2005) sur le contenu et les méthodes pédagogiques qui soutiendraient l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes en formation infirmière initiale. L'espace liminal (Cook-Sather et Alter, 2011) peut être comparé à un espace herméneutique et dialectique où les participantes ont créé de nouveaux savoirs pour l'intervention en comparant et confrontant leur perspective unique. Ce processus est incontournable dans une recherche menée dans une perspective constructiviste (Guba et Lincoln, 1989; Lincoln et Guba, 2013). Le respect des perspectives uniques de chaque participante, une valeur prônée par le constructivisme (Lincoln et Guba, 2013), a facilité le processus de coconstruction. Toutes les perspectives étaient considérées, même celles de l'étudiante-chercheuse.

En optant pour la coconstruction pour le développement de l'intervention pédagogique, nous nous sommes retrouvée avec un double rôle : chercheuse et participante (membre de l'équipe de coconstruction et participante à l'entrevue de groupe post-coconstruction). Durant la coconstruction, nous avons tenté de naviguer entre ces deux rôles, mais l'identité d'étudiante-chercheuse est demeurée dominante. En tant que chercheuse, nous étions constamment préoccupée par l'atteinte de l'objectif de la coconstruction dans les délais fixés, la richesse des données qui émergerait de la coconstruction et la création d'un climat qui faciliterait l'engagement de tous les membres de l'équipe. Nous avons tenté de minimiser l'effet de ces préoccupations sur nos actions en tant que participante. Pour agir en tant que participante, nous avons dû faire des efforts conscients pour conserver un état d'ouverture d'esprit (Sellman, 2003, 2018). Nous avons aussi partagé nos idées au même titre que les autres membres de l'équipe en demeurant prudente de ne pas les imposer à l'équipe. Notre courte expérience du double rôle nous amène à souscrire à l'idée de Probst (2016) que le chercheur participant ne devrait pas séparer ces deux identités. En effet, Probst (2016) encourage l'acceptation de la complexité et de la fluidité du double rôle et l'utilisation de la réflexion par le chercheur. Elle suggère l'étude de la coexistence des identités comme une avenue prometteuse pour explorer les tensions inhérentes au double rôle (Probst, 2016) et pour soutenir les chercheurs qui souhaitent une conciliation réussie.

L'évaluation qualitative de l'action éducative, prenant la forme d'une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier, a aussi été guidée par la perspective constructiviste. Comme cela était le cas pour la coconstruction, une grande importance a été accordée aux opinions des étudiantes et des formatrices qui ont évalué l'intervention pédagogique. Ces perspectives ont pu émerger grâce à l'utilisation d'entrevues semi-structurées individuelles et de groupe. Nous avons considéré et valorisé les différents apprentissages qui nous ont été rapportés par les étudiantes et les formatrices, même si ceux-ci n'étaient pas inclus dans les intentions pédagogiques de l'intervention. Malgré que nous avons cherché à dégager des conceptions partagées dans les données, nous avons aussi tenu compte des perspectives divergentes (Lincoln et al., 2011; Sylvain, 2008). En particulier, nous avons apprécié la candeur des étudiantes qui remettaient en question la pertinence et la contribution de l'intervention à leur apprentissage du leadership clinique infirmier. D'ailleurs, ces résultats

ont été rapportés dans l'article II. Cette « transparence » dans les résultats de recherche permet de répondre au critère d'équilibre d'une recherche constructiviste (Gohier, 2004).

Nous terminons cette section avec une réflexion sur l'axiologie de la perspective constructiviste. Au chapitre 3 portant sur la méthode, nous citons Karsenti et Savoie-Zajc (2011) qui expliquent que tout chercheur doit se positionner dans son projet de recherche et porte ses valeurs lors de la réalisation celui-ci. L'intégration d'un volet participatif à la recherche est l'opérationnalisation de notre croyance que les actions les plus porteuses de changement sont celles qui émanent des personnes issues du milieu où se déroule la recherche. Dans les programmes de formation, ce sont les enseignants et les étudiantes qui sont les « acteurs de première ligne » (Van der Maren, 2003, p. 111). Ces acteurs sont les mieux placés pour identifier des défis et les solutions adaptées à leur contexte. Au-delà de l'engagement de ces personnes dans l'étude, une grande valeur était accordée au développement de savoirs pour soutenir l'amélioration de la formation par l'action éducative. L'amélioration de la pratique par la recherche est une conjecture centrale du constructivisme (Guba et Lincoln, 2005) et constitue un critère de rigueur scientifique (Lincoln et Guba, 2013).

## **5.4 Forces et limites de l'étude**

L'intégration de l'intervention au programme choisi a été une force de l'étude, permettant d'apprécier l'intervention dans le contexte pour lequel elle a été développée. Toutefois, cette intégration a aussi été un facteur qui a contribué aux difficultés de recrutement des participantes à l'étude. Le recrutement des participantes (étudiantes, tutrices et préceptrices) en lien avec l'évaluation qualitative a constitué un défi dans ce projet. Moins de 10% des personnes éligibles ont participé à l'étude, et ce, malgré l'ajout de mesures incitatives, sous forme de cartes-cadeaux, et des modifications au niveau des moyens de sollicitation approuvés par le comité d'éthique. Rickles (2010) explique que les étudiantes peuvent être réticentes à participer à des études si cela leur demande du temps à l'extérieur de leurs cours et que les cartes-cadeaux ne sont parfois pas une mesure incitative suffisante pour motiver les étudiantes à participer à des recherches. De plus, pour cette étude, nous tentions de recruter des étudiantes en début de parcours universitaire qui n'étaient possiblement pas sensibilisées à la recherche et pouvaient percevoir la participation à une entrevue comme étant



un évènement intimidant. Cyr, Childs et Elgie (2013) suggèrent que des étudiantes pourraient être intéressées à s'inscrire à une étude si la participation est présentée comme une expérience d'apprentissage ou comme une occasion d'améliorer le programme de formation. Les messages de recrutement auraient pu insister sur ces aspects. Les étudiantes en début de parcours sont aussi en processus de s'intégrer au milieu universitaire et de découvrir son fonctionnement. Il se peut que la participation à cette étude ait été perçue comme un engagement trop important pour elles. Il est aussi possible que le sujet de l'étude n'était pas significatif ou que la valeur ajoutée de participation à l'étude ne leur a pas été clairement communiquée.

Pour les préceptrices, vu leur dispersion géographique, la méthode de recrutement privilégiée a été le courriel, mais malgré quelques relances, peu d'entre elles ont manifesté leur intérêt. Luck, Chok et Wilkes (2017) soulignent que certaines infirmières n'ont pas accès à des ordinateurs sur leurs unités de travail ou que leur lourde charge de travail ne leur permettent pas de consulter leurs courriels ou autres documents électroniques. Cette lourde charge de travail est aussi un frein à leur participation à des études (Luck et al., 2017). Il aurait été intéressant d'inclure un autre format de message de recrutement, par exemple, en faisant parvenir une lettre de recrutement avec le matériel pédagogique du journal d'apprentissage qui aurait été remis en format papier aux préceptrices.

Une autre limite est le temps écoulé entre l'intervention pédagogique et les entrevues des participantes évaluatrices qui a pu provoquer un biais de mémoire. Entre le moment de certaines entrevues et l'intervention pédagogique, plusieurs participantes avaient vécu d'autres activités pédagogiques dans le programme de formation ce qui aurait pu modifier leur perception de l'intervention pédagogique. Par exemple, lorsque questionnées sur les apprentissages réalisés durant l'intervention, certaines étudiantes ont dit avoir appris sur l'humanisme/*caring* alors qu'au moment de l'intervention, elles n'avaient pas encore été exposées à ce concept.

Dans les projets de voix étudiante, les formatrices sont invitées à « fermer la boucle » de la rétroaction (Subramanian et al., 2012; Watson, 2003). Pour fermer cette boucle, il est impératif que les formatrices partagent avec les étudiantes les changements découlant de leur rétroaction. Or, nous n'avions pas prévu retourner aux participantes de l'évaluation qualitative

pour leur partager et échanger avec elles sur les modifications qui ont été apportées à l'intervention pédagogique grâce à leurs commentaires. Toutefois, dans les formulaires d'informations et de consentement, les participantes pouvaient indiquer si elles désiraient recevoir par courriel les publications en lien avec cette recherche.

Il va sans dire que la réalisation d'un projet de coconstruction d'intervention pédagogique a été facilitée par une culture académique qui crée des occasions pour que les étudiantes puissent faire entendre leur voix. Dans le milieu choisi pour la recherche, les étudiantes avaient la possibilité de prendre part à des comités où leur droit de vote était prévu dans les règles et procédures. Nous pouvons toutefois amener un questionnement plus général sur le type d'étudiantes qui participent à ces instances et plus spécifiquement, si les pratiques de recrutement en lien avec les projets de voix étudiante sont inclusives (Felten et al., 2013). Dans notre étude, nous avons opté pour un échantillon de convenance en recrutant les premières étudiantes éligibles qui ont manifesté leur intérêt, mais tout comme Callahan, Hojat et Gonnella (2007), nous nous interrogeons sur la représentativité de ces participantes. Pour cette raison, il a été important de dresser un portrait des étudiantes participantes en collectant des données sur leur âge, sexe et leur origine ethnique. De plus, même si nous n'avions pas établi de critères d'inclusion spécifiques pour les étudiants, Felten et al. (2013) notent que les stratégies de recrutement peuvent tout de même exclure certaines étudiantes ou, du moins, ne pas encourager la participation de certaines étudiantes. Pensons notamment aux étudiantes identifiées comme étant passives (Carey, 2013a) ou qui vivent dans des situations précaires et qui n'ont que peu de temps pour s'engager dans des projets de recherche.

## **5.5 Implications de l'étude selon les champs d'activités de la discipline**

La discussion sur les implications de l'étude est organisée selon les quatre champs d'activités de la discipline infirmière : la formation et le politique, la pratique clinique, la gestion et la recherche.

### **5.5.1 Implications pour la formation en sciences infirmières et le politique**

La perspective de la voix étudiante et plus particulièrement, la perspective transformationnelle de la voix étudiante devrait certainement être considérée lors du développement d'interventions pédagogiques en sciences infirmières. Malgré les retombées positives identifiées de cette perspective, l'examen de la portée présenté au chapitre 2 (article I) a montré que peu de publications ont abordé l'implication des étudiantes en sciences infirmières lors du développement de programmes, cours ou d'interventions pédagogiques. Nos résultats en lien avec le processus de coconstruction ont favorisé une meilleure compréhension des principes facilitant la collaboration entre étudiantes et formatrices dans le contexte du développement d'une intervention pédagogique. Ces principes (ex. établir une « norme » d'équipe, structurer la coconstruction, discuter des dynamiques de pouvoir en début de processus) qui découlent de la mise en action de *Peace Power* (Chinn, 2004; Chinn et Falk-Rafael, 2015) peuvent servir à des milieux de formation souhaitant établir des partenariats avec leurs étudiantes dans la poursuite de différentes activités, dont la création ou la modification d'activités pédagogiques, de cours ou de programmes.

Les partenariats entre étudiantes et formatrices remettent en question la hiérarchie traditionnelle qui existe au sein des milieux d'enseignement et proposent une nouvelle conceptualisation de leurs rôles respectifs au sein de la formation (Cook-Sather, 2014b). En ce sens, la perspective de la voix étudiante transforme le statu quo et place l'étudiante au centre de cette transformation. L'infirmière formatrice se retrouve dans une position privilégiée pour accompagner les étudiantes dans cette transformation. L'infirmière formatrice se situe à l'intersection des sciences infirmières et des sciences de l'éducation; elle occupe donc un double rôle social en tant qu'infirmière (Pepin et al., 2017) et en tant qu'enseignante (Vienneau, 2017). Par l'utilisation de la voix étudiante, elle peut véhiculer les valeurs de la profession infirmière telles que le respect de l'étudiante/patiente, l'autodétermination et la justice sociale (Chinn et Kramer, 2015; Pepin et al., 2017).

Les composantes de l'intervention pédagogique développée dans cette recherche, qui ont pu contribuer à l'apprentissage du leadership clinique infirmier, particulièrement les

exemples visuels auxquels l'étudiante pouvait s'identifier, peuvent servir à des milieux de formation qui souhaitent introduire le leadership clinique à leurs étudiantes. Soulignons, la composante des exemples visuels qui a permis d'introduire une conception différente du rôle de l'infirmière aux étudiantes. L'apprentissage du rôle de l'infirmière est central pour le développement d'autres compétences infirmières dont le raisonnement (Goudreau, Boyer et Létourneau, 2014) et le jugement cliniques infirmiers (Boyer, Tardif et Lefebvre, 2015). Des exemples visuels scénarisés pour ces compétences pourraient également être un moyen envisageable de soutenir leur développement, tout en insistant sur le fait qu'il ne s'agit que d'un des nombreux moyens. Réfléchié dans un continuum avec d'autres activités de leadership, une courte intervention pédagogique en début de programme peut effectivement contribuer à l'apprentissage du leadership.

Les résultats de l'évaluation qualitative dans notre recherche soulignent d'ailleurs la contribution possible d'une intervention pédagogique sur le leadership clinique infirmier tôt dans la formation initiale. Le moment de la mise à l'essai de l'intervention s'est éloigné des pratiques éducatives habituelles, où les interventions sur le leadership sont intégrées en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> année (AIIC, 2005; Halstead, 2013). Nos résultats permettent de cibler le début de programme comme étant un moment propice pour introduire le leadership clinique comme une compétence faisant partie intégrante du rôle de l'infirmière, si un accompagnement pédagogique adéquat est offert. Nos résultats ont montré que certaines étudiantes commencent leur parcours de formation avec une vision réductrice de l'infirmière et que cette vision peut être incompatible avec leurs conceptions du leadership ce qui peut freiner leur apprentissage. Dans la perspective constructiviste, il est recommandé d'activer les connaissances antérieures des étudiantes pour favoriser leur apprentissage, mais il est impératif que les tutrices soient formées pour se pencher sur la nature des perceptions étudiantes et parfois sur l'exactitude de leurs connaissances antérieures. Les tutrices devraient alors prévoir des activités pour remédier à des connaissances inexacts ou erronées des étudiantes (Ambrose, Bridges, DiPietro, Lovett et Norman, 2010).

Dans l'intervention, il peut être indiqué de présenter l'expression du leadership clinique infirmier par des gestes simples auprès des patients. Il importe de continuer de centrer la formation au leadership clinique infirmier autour du patient, car cette compétence peut et

doit s'exercer dans la pratique clinique directe (Burns, 2009c; Cook et Leathard, 2004; Patrick et al., 2011; Pepin et al., 2011).

Notre étude ayant montré que les étudiantes peuvent avoir un apport important à la formation en sciences infirmières si l'occasion leur est offerte, il revient aux gestionnaires académiques et aux professeurs de créer des espaces liminaux qui permettent des échanges authentiques entre les différents acteurs de la formation qui inclut les étudiantes (Mitra, Serriere et Stoicovy, 2012). Il relève de la responsabilité de ces gestionnaires et professeurs d'assurer l'implantation d'actions qui découlent de la perspective de la voix étudiante. Des mécanismes pour permettre un véritable engagement de la part d'étudiantes et de formatrices pourraient contribuer à une culture académique où les étudiantes ne sont pas perçues comme des clientes (Carey, 2013b), mais plutôt comme des collaboratrices potentielles.

La perspective unique des étudiantes de l'enseignement et l'apprentissage pourrait être également mise à profit dans la formation en milieu clinique. La rétroaction de la part des étudiantes est possible lorsque les milieux cliniques se montrent ouverts à la recevoir. Il s'agit d'offrir un milieu de stage qui encourage l'utilisation de la voix étudiante et ouvre au dialogue, et ce, dans un souci d'offrir des soins sécuritaires au patient. Il est reconnu que les étudiantes sont capables de reconnaître des pratiques cliniques sous-optimales, mais hésitent à les partager avec leurs préceptrices (Bradbury-Jones et al., 2011). Ceci s'inscrirait dans une trajectoire de formation au leadership qui réinvestit l'utilisation de la voix étudiante en milieu d'enseignement au milieu clinique.

Au chapitre 2, nous avons proposé une définition du leadership clinique infirmier en lien avec l'énoncé du centre d'intérêt de la discipline infirmière axé sur les relations plutôt que le leader. Il pourrait y avoir lieu d'échanger sur les moyens pour structurer la formation en sciences infirmières afin d'y intégrer une perspective relationnelle du leadership clinique infirmier et de réfléchir à des activités pédagogiques qui seraient cohérentes avec une telle définition. La perspective relationnelle du leadership remet en question la pertinence des référentiels de compétences du leadership tel que nous les connaissons puisqu'ils promeuvent une perspective développementale individuelle (Endres et Weibler, 2017). Il reste à voir comment nous pouvons réfléchir le développement des compétences des futures infirmières dans cette perspective relationnelle.

### **5.5.2 Implications pour la pratique clinique**

La coconstruction en équipe étudiantes-formatrices a montré un potentiel important pour le développement d'une intervention pédagogique. Les principes qui ont guidé la coconstruction pourraient être utilisés en milieu clinique pour développer des formations continues par des équipes d'infirmières soignantes et d'infirmières éducatrices. Ces formations continues pourraient porter sur la thématique du leadership clinique ou tout autre sujet jugé pertinent pour la pratique des infirmières.

Nos résultats en lien avec la confiance en soi peuvent être utiles pour les milieux cliniques qui accueillent des étudiantes. En effet, notre étude a rapporté comment l'expression du leadership clinique pouvait dépendre de la confiance en soi de l'étudiante ; l'établissement d'une relation de confiance avec le patient pourrait même en dépendre. Ainsi, la confiance se développe lorsque l'étudiante peut répéter ses apprentissages et qu'elle ne se retrouve pas constamment en situation de réapprentissage, ce qui peut diminuer sa confiance. Nous proposons donc que les étudiantes puissent réaliser leurs stages en passant plusieurs journées consécutives sur une même unité de soins. Cela leur permettrait de consolider leurs apprentissages, de développer leur confiance en soi et possiblement exprimer leur leadership clinique lors du stage.

Les résultats ont souligné l'apport des modèles de rôle considérés comme « proches » de la réalité des étudiantes. En effet, des modèles de rôle en pratique clinique qui ont peu d'expérience clinique peuvent influencer les étudiantes par l'expression de leur leadership clinique en rendant le leadership clinique plus atteignable pour les étudiantes. Ainsi, la tendance d'impliquer les infirmières débutantes dans la formation clinique tôt dans leur carrière pourrait avoir des retombées positives pour les futures infirmières.

### **5.5.3 Implications pour la gestion des services infirmiers**

En matière de gestion des services infirmiers, nous soulignons l'importance de soutenir le développement du leadership clinique de toutes les infirmières qui travaillent auprès des patients afin qu'elles puissent contribuer à la formation des nouvelles infirmières, en devenant des modèles de rôle. L'accès à des formations continues et un milieu de travail qui promeut la

création d'une trajectoire de développement professionnel pour les infirmières impliquées en soins directs sont des stratégies possibles pour valoriser le leadership clinique. Pour les étudiantes, la formation d'une masse critique d'infirmières leaders cliniques qui œuvrent au chevet des patients pourrait avoir des retombées positives sur leurs apprentissages. Les étudiantes qui iront en stage auront la possibilité d'observer et d'échanger avec ces modèles de rôle. Ces étudiantes deviendront à leur tour des modèles de rôle dans les milieux de pratique clinique.

#### **5.5.4 Implications pour la recherche**

L'examen de la portée a souligné le potentiel de la perspective de la voix étudiante pour les programmes de formation. Toutefois, ce potentiel n'est pas suffisamment soutenu par des données empiriques. Nous avons souligné le peu de recherches qui ont évalué les retombées des projets de *transformational student voice* et le besoin de porter un regard critique sur cette perspective. Il est essentiel que les recherches subséquentes explorent les méthodes évaluatives qui pourront cerner à la fois les retombées liées au processus et sur les résultats de ce processus.

Dans les limites de l'étude, nous nous sommes questionnée sur les pratiques de recrutement dans les projets de voix étudiante. Plus spécifiquement, nous avons cherché à savoir si les pratiques de recrutement actuelles favorisent la participation de toutes les étudiantes ou si elles favorisent la participation d'étudiantes déjà engagées dans leur programme de formation au détriment de celles qui le sont moins. Nous recommandons que les chercheurs et les formatrices qui mènent des projets de voix étudiante demeurent réflexifs quant à la voix qu'ils sollicitent, en tentant de laisser place à des voix divergentes et celles d'étudiantes potentiellement marginalisées (Felten et al., 2013).

Les résultats en lien avec l'évaluation qualitative de l'intervention pédagogique ont été mitigés pour certaines activités de l'intervention. Toutefois, les propos des participantes ont permis de proposer des modifications qui pourront être évaluées dans une étude subséquente. Mentionnons entre autres, le besoin de revoir le journal d'apprentissage et le thème et la structure du remue-méninges. Comme le soulignent Gall et al. (2003) et Loiselle (2001), une première recherche développement est utile pour collecter des données permettant de bonifier

l'intervention qui sera de nouveau mise à l'essai. Ainsi, les résultats de l'étude peuvent nourrir une version modifiée de l'intervention pour une éventuelle étude évaluative.



## **Conclusion**

Une multitude d'infirmières leaders cliniques sont présentes dans le réseau de la santé. Ces infirmières soignent avec compétence tout en contribuant quotidiennement à des changements et innovations cliniques qui sont au service de la Personne. Les programmes de formation en sciences infirmières se voient confier l'énorme responsabilité de former la relève, c'est-à-dire, des futures infirmières qui seront, elles aussi, en mesure d'exprimer leur leadership clinique pour la santé et la sécurité de la Personne.

L'intervention coconstruite et mise à l'essai dans le cadre dans cette étude se voulait notre contribution à la formation d'une masse critique d'étudiantes et futures infirmières prêtes à l'exercice du leadership clinique. Guidée par un cadre de référence composé du constructivisme et de la perspective de la voix étudiante, notre étude a permis la description des composantes d'une intervention pédagogique susceptible de soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier par des étudiantes, et ce, en début de leur parcours de formation. La perspective de la voix étudiante a guidé le processus de développement de cette intervention qui s'est opérationnalisée par une coconstruction avec des étudiantes et des formatrices.

Les résultats de notre étude montrent que l'utilisation d'exemples visuels s'avèrent une composante de l'intervention pédagogique dont la contribution à l'apprentissage du leadership clinique infirmier ne peut être négligée par les formatrices. De plus, les résultats ont aussi montré le fort potentiel de la collaboration entre étudiantes et formatrices pour le développement d'une intervention pédagogique novatrice et la contribution de la perspective étudiante en milieux d'enseignement supérieur.

En dépit des limites de notre étude, elle ouvre tout de même vers des pistes de recherche sur la formation au leadership clinique d'étudiantes infirmières et vers l'évaluation future de projets de voix étudiante.

## Références

- Adam, K., Zinn, D., Kemp, H. et Pieterse, C. (2014). Humanising research through research: The inclusion of student voice in curriculum renewal. *Education as Change*, 18(sup1), S63-S76. doi: 10.1080/16823206.2013.877352
- Adeniran, R. K., Bhattacharya, A. et Adeniran, A. A. (2012). Professional excellence and career advancement in nursing: a conceptual framework for clinical leadership development. *Nursing Administration Quarterly*, 36(1), 41-51.
- Ailey, S., Lamb, K., Friese, T. et Christopher, B.-A. (2015). Educating nursing students in clinical leadership. *Nursing Management*, 21(9), 23-28. doi: 10.7748/nm.21.9.23.e1304
- Ambrose, S. A., Bridges, M. W., DiPietro, M., Lovett, M. C. et Norman, M. L. (2010). *How Learning Works: Seven Research-Based Principles for Smart Teaching*. San Francisco, CA: Wiley and Sons.
- American Association of Colleges of Nursing. (2013). Competencies and curricular expectations for clinical nurse leader education and practice. Repéré à <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/White-Papers/CNL-Competencies-October-2013.pdf>
- American Psychological Association. (1997). Learner-centered psychological principles: a framework for school reform and redesign. Repéré à <https://www.apa.org/ed/governance/bea/learner-centered.pdf>
- Anderson, D. (2016). Servant Leadership, Emotional Intelligence: Essential for Baccalaureate Nursing Students. *Creative Nursing*, 22(3), 176-180. doi: 10.1891/1078-4535.22.3.176
- Antrobus, S. et Kitson, A. (1999). Nursing leadership: influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753. doi: 10.1046/j.1365-648.1999.00945.x
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Arvekle, S. H., Berg, L., Wigert, H., Morrison-Helme, M. et Lepp, M. (2018). Learning About Conflict and Conflict Management Through Drama in Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 57(4), 209-216. doi: 10.3928/01484834-20180322-04
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2015). *Cadre national de l'ACÉSI sur la formation infirmière*. Repéré à <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). Le développement du leadership dans la profession infirmière au Canada. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). Le leadership de la profession infirmière. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Atkinson Smith, M. (2017). The ethics/advocacy connection. *Journal of Nursing Management*, 48(8), 18-23. doi: 10.1097/01.NUMA.0000521571.43055.38
- Baernholdt, M. et Cottingham, S. (2011). The Clinical Nurse Leader - new nursing role with global implications. *International nursing review*, 58(1), 74-78. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00835.x
- Baid, H. et Lambert, N. (2010). Enjoyable learning: The role of humour, games, and fun activities in nursing and midwifery education. *Nurse Education Today*, 30(6), 548-552. doi: 10.1016/j.nedt.2009.11.007
- Baldwin, A., Mills, J., Birks, M. et Budden, L. (2014). Role modeling in undergraduate nursing education: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, 34(6), e18-e26. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.007
- Baribeau, C. (2013). *Atelier sur l'entretien de groupe*. Document inédit.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe: considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. doi: 10.7202/1016748ar
- Barrineau, S., Schnaas, U., Engström, A. et Härlin, F. (2016). Breaking ground and building bridges: a critical reflection on student-faculty partnerships in academic development. *International Journal for Academic Development*, 21(1), 79-83. doi: 10.1080/1360144X.2015.1120735
- Bassett, J., Cleveland, A., Acorn, D., Nix, M. et Snyder, T. (2017). Are they paying attention? Students' lack of motivation and attention potentially threaten the utility of course evaluations. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 42(3), 431-442. doi: 10.1080/02602938.2015.1119801
- Bélisle-Pipon, J.-C., Del Grande, C. et Rouleau, G. (2018). "What is PER?" Patient Engagement in Research as a Hit. *Canadian Journal of Bioethics*, 1(2), 59-62.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Bergmark, U. et Westman, S. (2016). Co-creating curriculum in higher education: promoting democratic values and a multidimensional view on learning. *International Journal for Academic Development*, 21(1), 28-40. doi: 10.1080/1360144X.2015.1120734
- Biggs, J. et Tang, C. (2011). *Teaching for Quality Learning at University: What the Student Does*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Black, R., Walsh, L., Magee, J., Hutchins, L., Berman, N. et Groundwater-Smith, S. (2014). Student leadership: a review of effective practice. Repéré à [https://education.nsw.gov.au/student-wellbeing/media/documents/attendance-behaviour-engagement/engagement/StudLead\\_LitReview\\_fullrpt.pdf](https://education.nsw.gov.au/student-wellbeing/media/documents/attendance-behaviour-engagement/engagement/StudLead_LitReview_fullrpt.pdf)
- Boamah, S. (2018). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), 9-19. doi: 10.1177/0844562117732490
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., . . . Pomey, M.-P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 98. doi: 10.1186/s13012-018-0784-z
- Bonneau, I. (2015). *Le développement du leadership partagé dans les équipes de projet*. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC). Repéré à <https://archipel.uqam.ca/8479/1/D2998.pdf>
- Bovill, C. (2013). Students and staff co-creating curricula: an example of good practice in higher education? Dans E. Dunne & D. Owen (dir.), *The Student Engagement Handbook: Practice in Higher Education* (p. 461-476). Bingley, Grande-Bretagne: Emerald Publishing Group.
- Bovill, C. (2014). An investigation of co-created curricula within higher education in the UK, Ireland and the USA. *Innovations in Education and Teaching International*, 51(1), 15-25. doi: 10.1080/14703297.2013.770264
- Bovill, C. et Bulley, C. J. (2011). *A model of active student participation in curriculum design: exploring desirability and possibility*. Communication présentée à Improving Student Learning (ISL) 18: Global Theories and Local Practices: Institutional, Disciplinary and Cultural Variation, Oxford, Grande-Bretagne. Repéré à <http://eprints.gla.ac.uk/57709/1/57709.pdf>
- Bovill, C., Cook-Sather, A. et Felten, P. (2011). Students as co-creators of teaching approaches, course design, and curricula: implications for academic developers. *International Journal for Academic Development*, 16(2), 133-145. doi: 10.1080/1360144x.2011.568690
- Boyer, L. (2013). *Coconstruction d'un modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence en vue d'assurer la validité et l'équité de son évaluation : le cas de la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier »*. (Thèse de doctorat, Université de

Sherbrooke, Longueuil, QC). Repéré à  
[https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/6384/Boyer\\_Louise\\_PhD\\_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/6384/Boyer_Louise_PhD_2013.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Boyer, L., Tardif, J. et Lefebvre, H. (2015). From a Medical Problem to a Health Experience: How Nursing Students Think in Clinical Situations. *Journal of Nursing Education*, 54(11), 625-632. doi: 10.3928/01484834-20151016-03
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S. et Irvine, F. (2011). Nursing students and the issue of voice: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 31(6), 628-632. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.030
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brooman, S., Darwent, S. et Pimor, A. (2015). The student voice in higher education curriculum design: is there value in listening? *Innovations in Education and Teaching International*, 52(6), 663-674. doi: 10.1080/14703297.2014.910128
- Brown, A., Crookes, P. et Dewing, J. (2015). Clinical leadership in pre-registration nursing programmes – an international literature review. *Contemporary Nurse*, 51(1), 39-55. doi: 10.1080/10376178.2015.1095055
- Brown, A., Crookes, P. et Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse Education Today*, 36, 105-111. doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.006
- Brown, A. et Dewing, J. (2016). The next generation of clinical leaders; future proofing preparation. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 569-570. doi: 10.1111/jonm.12406
- Brown, A., Dewing, J. et Crookes, P. (2016a). Clinical leadership and pre-registration nursing programmes: A model for clinical leadership and a prospective curriculum implementation and evaluation research strategy. *Nurse Education Today*, 42, 30-34. doi: 10.1016/j.nedt.2016.03.027
- Brown, A., Dewing, J. et Crookes, P. (2016b). Clinical leadership as an integral curriculum thread in pre-registration nursing programmes. *Nurse Education Today*, 38, 9-14. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.024
- Burns, D. (2009a). Clinical leadership for general practice nurses, 2: facilitating factors. *Practice Nursing*, 20(10), 519-523. doi: 10.12968/pnur.2009.20.10.44617
- Burns, D. (2009b). Clinical leadership for general practice nurses, 3: leadership mechanisms. *Practice Nursing*, 20(12), 622-625. doi: 10.12968/pnur.2009.20.12.45587

- Burns, D. (2009c). Clinical leadership for general practice nurses, part 1: perceived needs. *Practice Nursing*, 20(9), 466-469. doi: 10.12968/pnur.2009.20.9.43929
- Burns, N. et Grove, S. K. (2011). *Understanding nursing research : building an evidence-based practice*. (5<sup>e</sup> éd.). Maryland Heights, MO: Elsevier/Saunders.
- Cacchione, P. Z. (2016). The Evolving Methodology of Scoping Reviews. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 115-119. doi: 10.1177/1054773816637493
- Cain, L. B. (2005). Essential qualities of an effective clinical leader. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 32-34. doi: 10.1097/00003465-200501000-00006
- Callahan, C. A., Hojat, M. et Gonnella, J. S. (2007). Volunteer bias in medical education research: an empirical study of over three decades of longitudinal data. *Medical Education*, 41(8), 746-753. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02803.x
- Canadian Nurses Association. (2009). Nursing Leadership - Position statement. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/nursing-leadership\\_position-statement.pdf?la=en](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/nursing-leadership_position-statement.pdf?la=en)
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., . . . Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 20-31. doi: 10.3917/rsi.125.0020
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M., . . . Létourneau, D. (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM: Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation. Repéré à [https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele\\_humaniste.pdf](https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf)
- Carey, P. (2013a). Representation and student engagement in higher education: a reflection on the views and experiences of course representatives. *Journal of Further and Higher Education*, 37(1), 71-88. doi: 10.1080/0309877X.2011.644775
- Carey, P. (2013b). Student as co-producer in a marketised higher education system: a case study of students' experience of participation in curriculum design. *Innovations in Education and Teaching International*, 50(3), 250-260. doi: 10.1080/14703297.2013.796714
- Casey, M., McNamara, M., Fealy, G. et Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1502-1513. doi: 10.1111/j.1365-648.2010.05581.x
- Chávez, E. C. et Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. doi: 10.1111/nuf.12100

- Chinn, P. L. (2004). *Peace and power: creative leadership for building community*. (6<sup>e</sup> éd.). Mississauga, ON: Jones and Bartlett Publishers Canada.
- Chinn, P. L. (2018). Peace and Power. Repéré à <https://peaceandpowerblog.org/concepts/power/>
- Chinn, P. L. et Falk-Rafael, A. (2015). Peace and Power: A Theory of Emancipatory Group Process. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 62-69. doi: 10.1111/jnu.12101
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing: Theory and Process*. (9<sup>e</sup> éd.). St-Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Cleary, M., Horsfall, J., Happell, B. et Hunt, G. E. (2013). Reflective Components in Undergraduate Mental Health Nursing Curricula: Some Issues for Consideration. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(2), 69-74. doi: <http://doi.org/10.3109/01612840.2012.722171>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., . . . Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*, 67(12), 1291-1294. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.03.013
- Connolly, M., Jacobs, S. et Scott, K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 881-887. doi: 10.1111/jonm.12619
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré à [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)
- Cook-Sather, A. (2006). Sound, Presence, and Power: “Student Voice” in Educational Research and Reform. *Curriculum Inquiry*, 36(4), 359-390. doi: 10.1111/j.1467-873X.2006.00363.x
- Cook-Sather, A. (2009). “I Am Not Afraid to Listen”: Prospective Teachers Learning From Students. *Theory Into Practice*, 48(3), 176-183. doi: 10.1080/00405840902997261
- Cook-Sather, A. (2014a). Multiplying perspectives and improving practice: what can happen when undergraduate students collaborate with college faculty to explore teaching and learning. *Instructional Science*, 42(1), 31-46. doi: 10.1007/s11251-013-9292-3
- Cook-Sather, A. (2014b). The trajectory of student voice in educational research. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 49(2), 131-148.

- Cook-Sather, A. et Alter, Z. (2011). What Is and What Can Be: How a Liminal Position Can Change Learning and Teaching in Higher Education. *Anthropology & Education Quarterly*, 42(1), 37-53. doi: 10.1111/j.1548-1492.2010.01109.x
- Cook-Sather, A., Bovill, C. et Felten, P. (2014). *Engaging Students as Partners in Learning and Teaching : A Guide for Faculty*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cook, M. J. (1999). Improving care requires leadership in nursing. *Nurse Education Today*, 19(4), 306-312. doi: 10.1054/nedt.1999.0641
- Cook, M. J. (2001a). The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard*, 15(35), 33-36. doi: 10.7748/ns2001.05.15.35.38.c3027
- Cook, M. J. (2001b). Clinical leadership that works. *Nursing Management - UK*, 7(10), 24-28.
- Cook, M. J. (2001c). The renaissance of clinical leadership. *International nursing review*, 48(1), 38-46. doi: 10.1046/j.1466-7657.2001.00040.x
- Cook, M. J. et Leathard, H. L. (2004). Learning for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 12(6), 436-444. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00420.x
- Cook, N. F. (2017). *Co-creating person-centred learning and development experiences with student nurses in practice through action research*. (Thèse de doctorat, University of Ulster, Coleraine, Irlande). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses Global. (1937411789)
- Cook Sather, A. (2014). The trajectory of student voice in educational research. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 49(2), 131.
- Crevani, L. (2011). *Clearing for Action: Leadership as a relational phenomenon*. (Thèse de doctorat, KTH Royal Institute of Technology, Stockholm, Suède). Repéré à <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:414603/FULLTEXT01.pdf>
- Cunningham, G. et Kitson, A. (2000a). An evaluation of the RCN Clinical Development Programme: part 2. *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40. doi: 10.7748/ns2000.12.15.13.34.c2956
- Cunningham, G. et Kitson, A. (2000b). An evaluation of the RCN Clinical Leadership Development Programme: part 1. *Nursing Standard*, 15(12), 34-37. doi: 10.7748/ns2000.12.15.12.34.c2953
- Cunningham, M. E., Chambers, J., Howard, L. et Schenk, S. (1994). The student management team: a vehicle for empowerment. *Revolution*, 4(1), 42-46.
- Curtis, E. A., De Vries, J. et Sheerin, F. K. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing*, 20(5), 306-309. doi: 10.12968/bjon.2011.20.5.306



- Cyr, D., Childs, R. et Elgie, S. (2013). *Guide de recrutement des étudiants et étudiantes pour la recherche au niveau postsecondaire*. Toronto, ON: Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur.
- Daly, J., Jackson, D., Mannix, J., Davidson, P. et Hutchinson, M. (2014). The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership*, 75. doi: 10.2147/jhl.s46161
- Darbyshire, C. et Fleming, V. E. M. (2008). Mobilizing Foucault: history, subjectivity and autonomous learners in nurse education. *Nursing Inquiry*, 15(4), 263-269. doi: 10.1111/j.1440-1800.2008.00410.x
- Daudt, H. M., van Mossel, C. et Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48), 1-9. doi: 10.1186/1471-2288-13-48
- Davidson, P. M., Elliott, D. et Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 180-187. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00555.x
- Day, R. A., Field, P. A., Campbell, I. E. et Reutter, L. (2005). Students' evolving beliefs about nursing: From entry to graduation in a four-year baccalaureate programme. *Nurse Education Today*, 25(8), 636-643. doi: 10.1016/j.nedt.2005.09.003
- Démeh, W. et Rosengren, K. (2015). The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education—A qualitative study of nursing students' experiences. *Nurse Education Today*, 35(7), 888-893. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.020
- Denis, J.-L., Langley, A. et Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283. doi: 10.1080/19416520.2012.667612
- Department of Health. (2001). The NHS Plan - an action guide for nurses, midwives and health visitors. Repéré à <http://www.nursingleadership.org.uk/publications/agnmhv.pdf>
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative: l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-393. doi: 10.7202/031921ar
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L. et Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 33-64. doi: 10.7202/000305ar
- Diekelmann, N. (2004). Teacher talk: new pedagogies for nursing. Class evaluations: creating new student partnerships in support of innovation. *Journal of Nursing Education*, 43(10), 436-439.

- Dierckx de Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M. et Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 753-763. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00930.x
- Domecq, J. P., Prutsky, G., Elraiyah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., . . . Murad, M. H. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14(89), 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-14-89
- Draper, P. (2014). A critique of concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1207-1208. doi: 10.1111/jan.12280
- Dubé, V. et Ducharme, F. (2015). Nursing reflective practice: An empirical literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(7), 91-99.
- Dugan, J. P. (2011). Research on college student leadership development. Dans S. R. Komives, J. P. Dugan, J. E. Owen, C. Slack & W. Wagner (dir.), *The Handbook for student leadership development* (p. 59-84). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Dugan, J. P., Bohle, C. W., Gebhardt, M., Hofert, M., Wilk, E. et Cooney, M. A. (2011). Influences of Leadership Program Participation on Students' Capacities for Socially Responsible Leadership. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 48(1), 65-84. doi: 10.2202/1949-6605.6206
- Dugan, J. P. et Komives, S. R. (2007). Developing leadership capacity in college students: Findings from a national study. Repéré à <https://static1.squarespace.com/static/5873de271e5b6c645d5b5ac3/t/58d567c32994ca0cfee0ed74/1490380770799/2006+MSL+National+Report%5B5686%5D.pdf>
- Edmonstone, J. (2009). Clinical leadership: the elephant in the room. *International Journal of Health Planning & Management*, 24(4), 290-305. doi: 10.1002/hpm.959
- Endres, S. et Weibler, J. (2017). Towards a Three-Component Model of Relational Social Constructionist Leadership: A Systematic Review and Critical Interpretive Synthesis. *International Journal of Management Reviews*, 19(2), 214-236. doi: 10.1111/ijmr.12095
- Erickson, J. I. et Ditomassi, M. (2005). The clinical nurse leader: new in name only. *Journal of Nursing Education*, 44(3), 99-100.
- Evans, R. I. (1981). *Dialogue with Jean Piaget*. (Traduit par E. Duckworth). New York, NY: Praeger Publishers.
- Faculté des sciences infirmières (2009). *Planification stratégique 2009-2014*. Montréal, QC: Auteur.

- Faculté des sciences infirmières (2010). *Référentiel de compétences - Baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, QC: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières (2015). *Référentiel de compétences - Baccalauréat en sciences infirmières*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières (2017). *L'apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) en sciences infirmières - Guide pratique à l'intention des tuteurs*. Montréal, QC: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières (2018). *Cahier de stage*. Montréal, QC: Auteur.
- Fealy, G. M., McNamara, M. S., Casey, M., Geraghty, R., Butler, M., Halligan, P., . . . Johnson, M. (2011). Barriers to clinical leadership development: findings from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2023-2032. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03599.x
- Felten, P., Bagg, J., Bumbry, M., Hill, J., Hornsby, K., Pratt, M. et Weller, S. (2013). A call for expanding inclusive student engagement in SoTL. *Teaching & Learning Inquiry*, 1(2), 63-74. doi: 10.20343/teachlearninq.1.2.63
- Ferguson, S. L., Al Rifai, F., Maay'a, M., Nguyen, L. B., Qureshi, K., Tse, A. M., . . . Jeadrik, G. (2016). The ICN Leadership For Change Programme--20 years of growing influence. *International nursing review*, 63(1), 15-25. doi: 10.1111/inr.12248
- Fielding, M. (2001). Students as Radical Agents of Change. *Journal of Educational Change*, 2(2), 123-141. doi: 10.1023/a:1017949213447
- Fielding, M. (2004). Transformative Approaches to Student Voice: Theoretical Underpinnings, Recalcitrant Realities. *British Educational Research Journal*, 30(2), 295-311. doi: 10.1080/0141192042000195236
- Fielding, M. (2010). The radical potential of student voice: Creating spaces for restless encounters *The international journal of emotional education*, 2(1), 61-73.
- Foli, K. J., Braswell, M., Kirkpatrick, J. et Lim, E. (2014). Development of Leadership Behaviors in Undergraduate Nursing Students: A Service-Learning Approach. *Nursing education perspectives*, 35(2), 76-82. doi: 10.5480/11-578.1
- Forbes, H., Oprescu, F. I., Downer, T., Phillips, N. M., McTier, L., Lord, B., . . . Visser, I. (2016). Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse Education Today*, 42, 53-56. doi: 10.1016/j.nedt.2016.04.010
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health

- systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
- Freshwater, D. (2004). Tool for developing clinical leadership. *Reflections on Nursing Leadership*, 30(2), 20-23.
- Gall, M. D., Gall, J. P. et Borg, W. R. (2003). *Educational research: an introduction*. (7<sup>e</sup> éd.). Boston, MA: Pearson Education.
- Galuska, L. A. (2014). Education as a Springboard for Transformational Leadership Development: Listening to the Voices of Nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(2), 67-76. doi: 10.3928/00220124-20140124-21
- Garner, R. L. (2006). Humor in Pedagogy: How Ha-Ha can Lead to Aha! *College Teaching*, 54(1), 177-180. doi: 10.3200/CTCH.54.1.177-180
- Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H. et Malo, D. (2015). Resilience in Families With Adolescents Suffering From Traumatic Brain Injuries. *Rehabilitation Nursing*, 40(6), 368-377. doi: 10.1002/rnj.204
- Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H. et Malo, D. (2016). L'approche collaborative de recherche. *Perspective infirmière*, 13(2), 42-44.
- Given, L. M. (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Gore, T. N., Looney Johnson, T. et Chih-Hsuan, W. (2015). Teaching Nursing Leadership: Comparison of Simulation versus Traditional Inpatient Clinical. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 1-9. doi: 10.1515/ijnes-2014-0054
- Goudreau, J., Boyer, L. et Létourneau, D. (2014). Clinical Nursing Reasoning in Nursing Practice: A Cognitive Learning Model based on a Think Aloud Methodology. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 1(1). doi: 10.17483/2368-6669.1009
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C. et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 15p. doi: 10.2202/1548-923x.1685
- Gouvernement du Canada - groupe consultatif interagences en éthique de la recherche. (2006). Lettre de réponse « Use of student subjects/participants pools in research ». Repéré à <http://www.pre.ethics.gc.ca/eng/archives/tcps-eptc/interpretations/interpretation024/>

- Greenwood, S. et Fyers, K. (2018). Epistemological Development in First-Year Nursing Students Undertaking Cultural Safety Education. *Journal of Nursing Education*, 57(4), 229-232. doi: 10.3928/01484834-20180322-07
- Grindel, C. G. (2016). Clinical Leadership: A Call to Action. *MEDSURG Nursing*, 25(1), 9-16.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3<sup>e</sup> éd., p. 191-216). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ha, L. et Pepin, J. (2017). Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: A qualitative research and development study. *Nurse Education Today*, 55, 90-95. doi: 10.1016/j.nedt.2017.05.006
- Haines, S. et McGown, R. (2014). Increasing student involvement in a trust. *Nursing Times*, 110(5), 16-18.
- Halstead, J. A. (2013). Seeking Disruptive Leaders in Nursing Education! *Nursing education perspectives*, 34(1), 4. doi: 10.5480/1536-5026-34.1.4
- Haraldseid, C., Friberg, F. et Aase, K. (2016). How can students contribute? A qualitative study of active student involvement in development of technological learning material for clinical skills training. *BMC Nursing*, 15(1). doi: 10.1186/s12912-016-0125-y
- Harvey, S. (2007). *Développement d'un logiciel-outil formatif pour les personnes bénévoles et d'un modèle proposant des principes adaptés à ce contexte*. (Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/712/1/D1611.pdf>
- Harvey, S. et Loiselle, J. (2009). Proposition d'un modèle de recherche développement. *Recherches qualitatives*, 28(2), 95-117.
- Hathaway, C. (2013). Using Film, Television, and Other Media to Teach Management and Leadership Concepts. *Nurse Educator*, 38(6), 239-240. doi: 10.1097/01.NNE.0000435269.45989.66
- Health Service Executive. (2010). National Nursing and Midwifery Clinical Leadership Development Needs Analysis. Dublin, Irlande: Office of the Nursing & Midwifery Services Director.

- Healy, M., Flint, A. et Harrington, K. (2014). Engagement through partnership: students as partners in learning and teaching in higher education. Repéré à [https://www.heacademy.ac.uk/system/files/.../engagement\\_through\\_partnership.pdf](https://www.heacademy.ac.uk/system/files/.../engagement_through_partnership.pdf)
- Hendricks, J. M., Cope, V. C. et Harris, M. (2010). A leadership program in an undergraduate nursing course in western Australia: building leaders in our midst. *Nurse Education Today*, 30(3), 252-257. doi: 10.1016/j.nedt.2009.12.007
- Herrman, J. W. (2006). Using Film Clips to Enhance Nursing Education. *Nurse Educator*, 31(6), 264-269. doi: 10.1097/00006223-200611000-00010
- Hershberg, R. M. (2014). Constructivism. Dans D. Coghlan & M. Brydon-Miller (dir.), *The SAGE Encyclopedia of Action Research* (p. 183-186). London, Grande-Bretagne: Sage Publications.
- Hix, C., McKeon, L. et Walters, S. (2009). Clinical nurse leader impact on clinical microsystems outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 39(2), 71-76. doi: 10.1097/NNA.0b013e318195a612
- Hofmeyer, A. et Cecchin, M. (2001). Enactment of virtue ethics: collaboration between nurse academics and international students in questionnaire design...study to be reported in full elsewhere. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 8-13.
- Honour, M. (2013). Elevating Nursing Leadership at the Bedside. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(3), 127-130. doi: 10.1053/j.nainr.2013.06.009
- Hyrkäs, K. et Dende, D. (2008). Clinical nursing leadership -- perspectives on current topics. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 495-498. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00919.x
- Institute of Medicine. (2011). *The Future of Nursing: Leading change, Advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, D. et Watson, R. (2009). Editorial: Lead us not. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 1961-1962. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02850.x
- Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Repéré à [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v1.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v1.pdf)
- Jones, J. J. (2006). From the editor. Practice development and the role of clinical leaders. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 4-5.
- Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S. et Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et

interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696. doi: 10.7202/012087ar

Kagan, P. N. et Chinn, P. L. (2010). We're All Here for the Good of the Patient: A Dialogue on Power. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 41-46. doi: 10.1177/0894318409353808

Kalb, K. A., O'Conner-Von, S. K., Schipper, L. M., Watkins, A. K. et Yetter, D. M. (2012). Educating Leaders in Nursing: Faculty Perspectives. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-13. doi: 10.1515/1548-923x.2215

Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2011). *La recherche en éducation: étapes et approches*. (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent, QC: ERPI.

Kemmis, S., McTaggart, R. et Nixon, R. (2014). *The action research planner : doing critical participatory action research*. New York, NY: Springer.

Kitching, D. (1993). Nursing leadership-myth or reality? *Journal of Nursing Management*, 1, 253-257. doi: 10.1111/j.1365-2834.1993.tb00221.x

Klenke, K. (1996). *Women and leadership : a contextual perspective*. New York, NY: Springer.

Kling, V. G. (2010). Clinical Leadership Project. *Journal of Nursing Education*, 49(11), 640-643. doi: 10.3928/01484834-20100831-02

Koch, T. (2006). Establishing rigour in qualitative research: the decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 91-100. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03681.x

Komives, S. R., Dugan, J. P., Owen, J. E., Slack, C. et Wagner, W. (2011). *The handbook for student leadership development*. (2<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Komives, S. R., Longerbeam, S. D., Owen, J. E., Mainella, F. C. et Osteen, L. (2006). A Leadership Identity Development Model: Applications from a Grounded Theory. *Journal of College Student Development*, 47(4), 401-418. doi: 10.1353/csd.2006.0048

Komives, S. R., Owen, J. E., Longerbeam, S. D., Mainella, F. C. et Osteen, L. (2005). Developing a leadership identity: A grounded theory. *Journal of College Student Development*, 46(6), 593-611. doi: 10.1353/csd.2005.0061

Kouzes, J. et Posner, B. (1998). *Les 10 pratiques des leaders exemplaires: le défi du leader*. (Traduit par Actualisation IDH inc). Montréal, QC: Actualisation.

Kouzes, J. et Posner, B. (2002). *Leadership Challenge*. (3<sup>e</sup> éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Krueger, R. A. (2002). Designing and Conducting Focus Group Interviews. Repéré à <http://www.eiu.edu/~ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf>



- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kuipers, P., Ehrlich, C. et Brownie, S. (2014). Responding to health care complexity: suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 246-248. doi: 10.3109/13561820.2013.821601
- Lacey, S. R., Goodyear-Bruch, C., Olney, A., Hanson, D., Altman, M. S., Varn-Davis, N. S., . . . Cox, K. S. (2017). Driving Organizational Change From the Bedside: The AACN Clinical Scene Investigator Academy. *Critical Care Nurse*, 37(4), e12-e25. doi: 10.4037/ccn2017749
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, QC: Guérin.
- Legendre, M.-F. (2008). Un regard socioconstructiviste sur la participation des savoirs à la construction du lien social. *Éducation et francophonie*, 36(2), 63-79. doi: 10.7202/029480ar
- Leggat, S. G., Smyth, A., Balding, C. et McAlpine, I. (2016). Equipping clinical leaders for system and service improvements in quality and safety: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(2), 138-143. doi: 10.1111/1753-6405.12462
- Leigh, J. A., Wild, J., Hynes, C., Wells, S., Kurien, A., Rutherford, J., . . . Hartley, V. (2015). Transforming community services through the use of a multidimensional model of clinical leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 749-760. doi: 10.1111/jocn.12668
- Leighton, K. (2015). Development of the Clinical Learning Environment Comparison Survey. *Clinical Simulation In Nursing*, 11(1), 44-51. doi: 10.1016/j.ecns.2014.11.002
- Lekan, D. A., Corazzini, K. N., Gilliss, C. L. et Bailey, D. E. (2011). Clinical leadership development in accelerated baccalaureate nursing students: an education innovation. *Journal of Professional Nursing*, 27(4), 202-214. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.03.002
- Lett, M. (2002). The concept of clinical leadership. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12(1), 16-21. doi: 10.5172/conu.12.1.16
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Lewis, R., Strachan, A. et Smith, M. M. (2012). Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? A review of the current evidence. *Open Nurs J*, 6, 82-89. doi: 10.2174/1874434601206010082
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (2013). *The Constructivist Credo*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.



- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (p. 97-128). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindblom-Ylänne, S., Pihlajamäki, H. et Kotkas, T. (2003). What Makes a Student Group Successful? Student-Student and Student-Teacher Interaction in a Problem-Based Learning Environment. *Learning Environments Research*, 6(1), 59-76. doi: 10.1023/a:1022963826128
- Lindgren, M. et Packendorff, J. (2011). Issues, Responsibilities and Identities: A Distributed Leadership Perspective on Biotechnology R&D Management. *Creativity and Innovation Management*, 20(3), 157-170. doi: 10.1111/j.1467-8691.2011.00604.x
- Little, S., Sharp, H., Stanley, L., Hayward, M., Gannon-Leary, P., O'Neill, P. et Williams, J. (2011). Collaborating for staff-student partnerships: experiences and observations. Dans S. Little (dir.), *Staff-Student Partnerships in Higher Education* (p. 215–226). New York, NY: Continuum.
- Liu, C. H. et Matthews, R. (2005). Vygotsky's philosophy: Constructivism and its criticisms examined. *International Education Journal*, 6(3), 386-399.
- Lodge, C. (2005). From hearing voices to engaging in dialogue: problematising student participation in school improvement. *Journal of Educational Change*, 6(2), 125-146. doi: 10.1007/s10833-005-1299-3
- Lohmeier, J. H. (2018). Constructivism. Dans B. B. Frey (dir.), *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation* (p. 384-386). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loiselle, J. (2001). La recherche développement en éducation : sa nature et ses caractéristiques. Dans M. Anadón & M. l'Hostie (dir.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 77-97). Québec, QC: Les Presses de l'Université Laval.
- Loiselle, J. et Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives*, 27(1), 40-59.
- Long, P. W., Loble, K., Spurgeon, P. C., Clark, J. C., Balderson, S. et Lonetto, T. M. (2011). The CLCF: developing leadership capacity and capability in the clinical professions. *International Journal of Clinical Leadership*, 17(2), 111-118.
- Luck, L., Chok, H. N. et Wilkes, L. (2017). Nurses as participants in research: An evaluation of recruitment techniques. *Nurse Researcher*, 25(2), 44-48. doi: 10.7748/nr.2017.e1546

- Machlev, M. et Karlin, N. J. (2016). Understanding the Relationship Between Different Types of Instructional Humor and Student Learning. *SAGE Open*, 6(3). doi: 10.1177/2158244016670200
- Manafó, E., Petermann, L., Mason-Lai, P. et Vandall-Walker, V. (2018). Patient engagement in Canada: a scoping review of the ‘how’ and ‘what’ of patient engagement in health research. *Health Research Policy and Systems*, 16(5), 1-11. doi: 10.1186/s12961-018-0282-4
- Manca, S., Grion, V., Armellini, A. et Devecchi, C. (2017). Editorial: Student voice. Listening to students to improve education through digital technologies. *British Journal of Educational Technology*, 48(5), 1075-1080. doi: 10.1111/bjet.12568
- Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), 10-21. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.10
- Mannix, J., Wilkes, L. et Jackson, D. (2013). Marking out the clinical expert/clinical leader/clinical scholar: perspectives from nurses in the clinical arena. *BMC Nurs*, 12(12), 1-8. doi: 10.1186/1472-6955-12-12
- Maranda, J. et Lessard, L. (2017). Prendre sa place: Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 45-51.
- Mayer, R. E. (2011). *Applying the science of learning*. Boston, MA: Pearson Education.
- Maykut, C. A., Lee, A., Argueta, N. G., Grant, S. et Miller, C. (2016). Conscious Engagement in Undergraduate Male Nursing Students: Facilitating Voice through an Action Research Project. *Canadian Journal of Action Research*, 17(2), 56-69.
- McAllister, M. (2011). STAR: A Transformative Learning Framework for Nurse Educators. *Journal of Transformative Education*, 9(1), 42-58. doi: 10.1177/1541344611426010
- McCormack, B. et McCance, T. (dir.). (2010). *Person-Centred Nursing*. Chichester, Grande-Bretagne: Blackwell Publishing.
- McCormack, B. et McCance, T. (dir.). (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Wiley Blackwell.
- McLeod, J. (2011). Student voice and the politics of listening in higher education. *Critical Studies in Education*, 52(2), 179-189. doi: 10.1080/17508487.2011.572830
- McNamara, M. S. et Fealy, G. M. (2010). Guest editorial: Lead us not again: clinical leadership and the disciplinary contribution. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24), 3257-3259. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03222.x

- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., . . . Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal of Clinical Nursing, 20*(23-24), 3502-3512. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03719.x
- Meleis, A. I. (2015). The Stars are Aligned: Nurses Must Exercise Their Voice. *Cultura de los Cuidados, 19*(42), 9-11. doi: /10.14198/cuid.2015.42.01
- Ménard, L. et St-Pierre, L. (2014). Paradigmes et théories qui guident l'action. Dans L. Ménard & L. St-Pierre (dir.), *Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur* (p. 19-34). Montréal, QC: Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Mercer-Mapstone, L., Dvorakovaa, S. L., Matthews, K. E., Abbot, S., Cheng, B., Feltend, P., . . . Swaimd, K. (2017). A Systematic Literature Review of Students as Partners in Higher Education. *International Journal for Students as Partners, 1*(1), 1-23. doi: /10.15173/ijasp.v1i1.3119
- Millward, L. J. et Bryan, K. (2005). Clinical leadership in health care: a position statement. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 18*(2/3), xiii-xxv. doi: 10.1108/13660750510594855
- Mitra, D., Serriere, S. et Stoicovy, D. (2012). The role of leaders in enabling student voice. *Management in Education, 26*(3), 104-112. doi: 10.1177/0892020612445678
- Moch, S. D. et Cronje, R. J. (2010). Part II. Empowering Grassroots Evidence-Based Practice: A Curricular Model to Foster Undergraduate Student-Enabled Practice Change. *Journal of Professional Nursing, 26*(1), 14-22. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.03.003
- Morris, M., Boruff, J. T. et Gore, G. C. (2016). Scoping reviews: establishing the role of the librarian. *Journal of the Medical Library Association, 104*(4), 346-354. doi: 10.3163/1536-5050.104.4.020
- Morrow, K. J. (2015). Leadership curricula in nursing education: A critical literature review and gap analysis. *Journal of Nursing Education, 54*(7), 367-371. doi: 10.3928/01484834-0150617-02
- National Health Service Leadership Academy. (2011). Clinical Leadership Competency Framework. Repéré à <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>
- National Research Council (2001). *Knowing what students know. The science and design of educational assessment*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nelson, L. R. (1995). Student empowerment: hearing students' voices. *NLN Publications, 14*, 83-90.

- Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. et Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1
- Northouse, P. G. (2007). *Leadership: theory and practice*. (4<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Northouse, P. G. (2015). *Introduction to leadership : concepts and practice*. (3<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, CA: SAGE.
- Okuyama, A., Wagner, C. et Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research*, 14(61), 1-8. doi: 10.1186/1472-6963-14-61
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). Portrait de la relève infirmière 2016-2017. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Portrait-releve\\_2016-2017.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/Portrait-releve_2016-2017.pdf)
- Ostrogorsky, T. L., Raber, A. M., McKinley Yoder, C., Nielsen, A. E., Lutz, K. F. et Wros, P. L. (2015). Becoming a nurse: role formation among accelerated baccalaureate students. *Nurse Educator*, 40(1), 26-30. doi: 10.1097/nne.0000000000000090
- Pagoni, M. (2009). La participation des élèves en questions. Travaux de recherche en France et en Europe. *Carrefours de l'éducation*, 28(2), 123-149. doi: 10.3917/cdle.028.0123
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Sherbrooke, Québec.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Palazzo, S. J., Westmoreland Miller, C. et Salvatierra, G. (2016). Continuous Student Feedback: Your Voice Counts. *Nursing education perspectives*, 37(5), 297-298. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000051
- Paley, J. (1996). How not to clarify concepts in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 572-576. doi: 10.1046/j.1365-2648.1996.22618.x
- Palmer, V. J., Weavell, W., Callander, R., Piper, D., Richard, L., Maher, L., . . . Robert, G. (2018). The Participatory Zeitgeist: an explanatory theoretical model of change in an era of coproduction and codesign in healthcare improvement. *Medical Humanities*. doi: 10.1136/medhum-2017-011398

- Pardue, K. T. et Morgan, P. (2008). Millennials considered: A new generation, new approaches, and implications for nursing education. *Nursing education perspectives*, 29(2), 74-79. doi: 10.1097/00024776-200803000-00007
- Pashler, H., Bain, P. M., Bottge, B. A., Graesser, A., Koedinger, K., McDaniel, M. et Metcalfe, J. (2007). Organizing Instruction and Study to Improve Student Learning. Repéré à <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED498555.pdf>
- Patrick, A. (2010). *The effect of nursing leadership and structural empowerment on staff nurse clinical leadership*. (Thèse de doctorat, University of Western Ontario, London, ON). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses Global. (868565062)
- Patrick, A., Spence, Wong, C. et Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x
- Patton, D., Fealy, G., McNamara, M., Casey, M., Connor, T. O., Doyle, L. et Quinlan, C. (2013). Individual-level outcomes from a national clinical leadership development programme. *Contemporary Nurse*, 45(1), 56-63. doi: 10.5172/conu.2013.45.1.56
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J. et Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Montréal, QC: Chenelière.
- Pepin, J., Legault, A. et Goudreau, J. (2008). Révolution pédagogique. *Perspective infirmière*, 5(5), 33-35.
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? *Journal of Nursing Education*, 39(4), 166-172.
- Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A. et McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371-385. doi: 10.1002/jrsm.1123
- Phillips, A. C., Lewis, L. K., McEvoy, M. P., Galipeau, J., Glasziou, P., Moher, D., . . . Williams, M. T. (2016). Development and validation of the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET). *BMC Medical Education*, 16(1), 10p. doi: 10.1186/s12909-016-0759-1

- Platzer, H., Blake, D. et Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 689-695. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 51(HS), 41-50. doi: 10.3917/spub.150.0041
- Probst, B. (2016). Both/and: researcher as participant in qualitative inquiry. *Qualitative Research Journal*, 16(2), 149-158. doi: 10.1108/QRJ-06-2015-0038
- Prowse, G. A. (1998). *Constructing a practice-based curriculum in baccalaureate nursing education: Lessons of a situated pedagogy*. (Thèse de doctorat, The Union Institute, Cincinnati, OH). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses Global. (304478369)
- Pullen, M. L. (2003). Developing clinical leadership skills in student nurses. *Nurse Education Today*, 23(1), 34-39. doi: 10.1016/S0260-6917(02)00161-2
- Raelin, J. A. (2005). We the Leaders: In Order to Form a Leaderful Organization. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 12(2), 18-30. doi: 10.1177/107179190501200202
- Raelin, J. A. (2011). From leadership-as-practice to leaderful practice. *Leadership*, 7(2), 195-211. doi: 10.1177/1742715010394808
- Raelin, J. A. (2014). The ethical essence of leaderful practice. *Journal of Leadership, Accountability and Ethics*, 11(1), 64-72.
- Raelin, J. A. (2016). Imagine there are no leaders: Reframing leadership as collaborative agency. *Leadership*, 12(2), 131-158. doi: 10.1177/1742715014558076
- Reed, S. J. et Edmunds, D. (2015). Use of a blog in an undergraduate nursing leadership course. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 537-542. doi: 10.1016/j.nepr.2015.07.010
- Rickles, N. (2010). Student Participants in Faculty Educational Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(5), 92. doi: 10.5688/aj740592
- Risjord, M. (2009). Rethinking concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 684-691. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04903.x
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge: science, practice, and philosophy*. Ames, IA: Blackwell Publishing.
- Roberts, J. et Bolstad, R. (2010). Better than a professional? Students as co-contributors to educational design. Repéré à <https://www.nzcer.org.nz/system/files/students-as-co-contributors.pdf>

- Robichaud, A. (2017). Le constructivisme en éducation. Dans C. Gauthier & M. Tardif (dir.), *La pédagogie. Théories et pratiques de l'Antiquité à nos jours* (p. 207-220). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Robinson, C. et Taylor, C. (2007). Theorizing student voice: values and perspectives. *Improving Schools*, 10(1), 5-17. doi: 10.1177/1365480207073702
- Robinson, C. et Taylor, C. (2013). Student voice as a contested practice: Power and participation in two student voice projects. *Improving Schools*, 16(1), 32-46. doi: 10.1177/1365480212469713
- Rocchiccioli, J. et Tilbury, M. S. (1998). *Clinical leadership in nursing*. Philadelphie, PA: Saunders.
- Rodgers, C. R. (2006). Attending to Student Voice: The Impact of Descriptive Feedback on Learning and Teaching. *Curriculum Inquiry*, 36(2), 209-237. doi: 10.1111/j.1467-873X.2006.00353.x
- Rogers, L. (2002). *Actioning curriculum change: A collaboration with student nurses to develop an introductory programme regarding aspects of loss, grief and bereavement*. (Thèse de doctorat, University of Southampton, Southampton, Grande-Bretagne). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses Global. (305434990)
- Rolfe, G. (1993). Towards a theory of student-centred nurse education: overcoming the constraints of a professional curriculum. *Nurse Education Today*, 13(2), 149-154. doi: 10.1016/0260-6917(93)90033-X
- Ross, A. M. et Crusoe, K. L. (2014). Creation of a Virtual Health System for Leadership Clinical Experiences. *Journal of Nursing Education*, 53(12), 714-718. doi: 10.3928/01484834-20141120-03
- Rudduck, J. et Fielding, M. (2006). Student voice and the perils of popularity. *Educational Review*, 58(2), 219-231. doi: 10.1080/00131910600584207
- Savoie-Zajc, L. et Descamps-Bednarz, N. (2007). Action research and collaborative research: their specific contributions to professional development. *Educational Action Research*, 15(4), 577-596. doi: 10.1080/09650790701664013
- Scammell, J., Heaslip, V. et Crowley, E. (2016). Service user involvement in preregistration general nurse education: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 53-69. doi: 10.1111/jocn.13068
- Schoenfelder, D. P. et Valde, J. G. (2009). Creative practicum leadership experiences in rural settings. *Nurse Educator*, 34(1), 38-42. doi: 10.1097/01.NNE.0000343400.11448.b0
- Scott, E. S. (2011). Educational preparation to strengthen nursing leadership. *North Carolina medical journal*, 72(4), 296-299.

- Seale, J. (2010). Doing student voice work in higher education: an exploration of the value of participatory methods. *British Educational Research Journal*, 36(6), 995-1015. doi: 10.1080/01411920903342038
- Seale, J., Gibson, S., Haynes, J. et Potter, A. (2015). Power and resistance: Reflections on the rhetoric and reality of using participatory methods to promote student voice and engagement in higher education. *Journal of Further and Higher Education*, 39(4), 534-552. doi: 10.1080/0309877X.2014.938264
- Sellman, D. (2003). Open-mindedness: a virtue for professional practice. *Nursing Philosophy*, 4(1), 17-24. doi: 10.1046/j.1466-769X.2003.00113.x
- Sellman, D. (2018). In praise of open-mindedness. *Nursing Philosophy*, 19(2), 1-2. doi: 10.1111/nup.12208
- Sergi, V., Comeau-Vallée, M., Lusiani, M., Denis, J.-L. et Langley, A. (2016). Plural Leadership in Health Care Organizations Forms, Potential, and Challenges. Dans E. Ferlie, K. Montgomery & A. R. Pedersen (dir.), *The Oxford Handbook of Health Care Management*. doi: 10.1093/oxfordhb/9780198705109.013.14.
- Sessa, V. I. (2017). *College Student Leadership Development*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Shamian, J. (2016). In Setting Global Policy, Nursing's Voice Is Needed. *American Journal of Nursing*, 116(8), 7. doi: 10.1097/01.NAJ.0000490148.13877.f4
- Shatto, B. et Erwin, K. (2017). Teaching Millennials and Generation Z: Bridging the Generational Divide. *Creative Nursing*, 23(1), 24-28. doi: 10.1891/1078-4535.23.1.24
- Sherman, R. O. et Bishop, M. (2007). The role of nurse educators in grooming future nurse leaders. *Journal of Nursing Education*, 46(7), 295-296.
- Sherman, R. O. et Prestia, A. S. (2018). Win-win leadership practicums. *Nursing Management*, 49(4), 7-8. doi: 10.1097/01.Numa.0000529933.83408.06
- Skinner, V. J., Braunack-Mayer, A. et Winning, T. A. (2016). Another Piece of the “Silence in PBL” Puzzle: Students’ Explanations of Dominance and Quietness as Complementary Group Roles. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 10(2), 15p. doi: 10.7771/1541-5015.1607
- Slavin, R. E. (2012). *Educational psychology: theory and practice*. (10<sup>e</sup> éd.). Boston, MA: Pearson.
- Smith, C. M. et Noviello, S. R. (2012). Humor in the classroom using faculty skits. *Nurse Educator*, 37(5), 198-201. doi: 10.1097/NNE.0b013e318262eabf



- Stanley, D. (2004). Clinical leaders in paediatric nursing: a pilot study. *Paediatric Nursing*, 16(3), 39-42. doi: 10.7748/paed.16.3.39.s26
- Stanley, D. (2006a). In command of care: clinical nurse leadership explored. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 20-39. doi: 10.1177/1744987106059458
- Stanley, D. (2006b). In command of care: toward the theory of congruent leadership. *Journal of Research in Nursing*, 11(2), 132-144. doi: 10.1177/1744987106059459
- Stanley, D. (2006c). Recognizing and defining clinical nurse leaders. *British Journal of Nursing*, 15(2), 108-111. doi: 10.12968/bjon.2006.15.2.20373
- Stanley, D. (2008). Congruent leadership: values in action. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 519-524. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00895.x
- Stanley, D. (2014). Clinical leadership characteristics confirmed. *Journal of Research in Nursing*, 19(2), 118-128. doi: 10.1177/1744987112464630
- Stanley, D. et Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743. doi: 10.1111/jocn.14145
- Stanley, D. J. (2012). Clinical leadership and innovation. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2), 119-126. doi: 10.5430/jnep.v2n2p119
- Steinert, Y. (2004). Student perceptions of effective small group teaching. *Medical Education*, 38(3), 286-293. doi: 10.1046/j.1365-2923.2004.01772.x
- Streiner, D. (2003). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103. doi: 10.1207/S15327752JPA8001\_18
- Subramanian, J., Anderson, V. R., Morgaine, K. C. et Thomson, W. M. (2012). The importance of 'student voice' in dental education. *European Journal of Dental Education*, 17, e136-e141. doi: 10.1111/j.1600-0579.2012.00773.x
- Supamane, T., Krairiksh, M., Singhakhumfu, L. et Turale, S. (2011). Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 433-439. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00649.x
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Tardif, J. (2016). Ancrer les apprentissages sur les connaissances antérieures des étudiants. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine*

- et en sciences de la santé?* (p. 149-168). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck supérieur.
- Tardif, J. (2017). Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation. Dans M. Poumay, J. Tardif & F. Georges (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences: un parti gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (p. 15-38). Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Taylor, C. et Robinson, C. (2009). Student voice: theorising power and participation. *Pedagogy, Culture & Society*, 17(2), 161-175. doi: 10.1080/14681360902934392
- Taylor, P. C. (2014). Constructivism. Dans R. Gunstone (dir.), *Encyclopedia of Science Education* (p. 228-224). doi: 10.1007/978-94-007-6165-0\_102-2.
- Thompson, D. N., Hoffman, L. A., Sereika, S. M., Lorenz, H. L., Wolf, G. A., Burns, H. K., . . . Ramanujam, R. (2011). A relational leadership perspective on unit-level safety climate. *Journal of Nursing Administration*, 41(11), 479-487. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182346e31
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description. Qualitative research for applied practice*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Routledge.
- Tierney, E., McEvoy, R., O'Reilly-de Brún, M., Brún, T., Okonkwo, E., Rooney, M., . . . MacFarlane, A. (2016). A critical analysis of the implementation of service user involvement in primary care research and health service development using normalization process theory. *Health Expectations*, 19(3), 501-515. doi: 10.1111/hex.12237
- Tornabeni, J. (2006). The evolution of a revolution in nursing. *Journal of Nursing Administration*, 36(1), 3-6. doi: 10.1097/00005110-200601000-00002
- Toshalis, E. et Nakkula, M. J. (2012). Motivation, engagement and student voice. Repéré à <https://studentsatthecenterhub.org/wp-content/uploads/2012/04/Motivation-Engagement-Student-Voice-Students-at-the-Center-1.pdf>
- Tourangeau, A. E. et McGilton, K. (2004). Measuring Leadership Practices of Nurses Using the Leadership Practices Inventory. *Nursing Research*, 53(3), 182-189. doi: 10.1097/00006199-200405000-00005
- Touré, E. H. (2009). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups : fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 5-27.
- Tregunno, D., Jeffs, L., Baker, G. R., Doran, D., McGillis-Hall, L. et Affonso, D. (2009). *Leadership to Promote Patient Safety Culture and Learning in Critical Care*. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.

- Trimmer, W. (2006). *The way things are done around here: perceptions of clinical leadership in mental health nursing*. (Mémoire de maîtrise, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand). Repéré à [https://repository.digitalnz.org/system/uploads/record/attachment/195/the\\_way\\_things\\_are\\_done\\_around\\_here\\_perceptions\\_of\\_clinical\\_leadership\\_in\\_mental\\_health\\_nursing.pdf](https://repository.digitalnz.org/system/uploads/record/attachment/195/the_way_things_are_done_around_here_perceptions_of_clinical_leadership_in_mental_health_nursing.pdf)
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Van der Maren, J.-M. (2003). *La recherche appliquée en pédagogie: des modèles pour l'enseignement*. Bruxelles, Belgique: De Boeck
- Van der Maren, J.-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 129-139.
- Vandebosch, H. (2008). Captive population. Dans L. M. Given (dir.), *The Sage Encyclopedia of qualitative research methods*. doi: 10.4135/9781412963909.n38.
- Venturato, L. et Drew, L. (2010). Beyond 'doing': supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. *Contemporary Nurse*, 35(2), 157-170. doi: 10.5172/conu.2010.35.2.157
- Viau, R. (2009). *La motivation à apprendre en milieu scolaire*. Saint-Laurent, QC: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Vienneau, R. (2017). *Apprentissage et enseignement. Théories et pratiques*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and Language*. (Traduit par E. Hanfmann & G. Vakar). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Walker, L. O. et Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. (4<sup>e</sup> éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Walker, S., Dwyer, T., Broadbent, M., Loxham, L., Sander, T. et Edwards, K. (2014). Constructing a nursing identity within the clinical environment: The student nurse experience. *Contemporary Nurse*, 49(1), 103-112. doi: 10.1080/10376178.2014.11081960
- Watson, S. (2003). Closing the feedback loop: Ensuring effective action from student feedback. *Tertiary Education and Management*, 9(2), 145-157. doi: 10.1080/13583883.2003.9967099


- Wong, C. A. et Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508-521. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00723.x
- Wong, C. A., Cummings, G. G. et Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. doi: 10.1111/jonm.12116
- World Health Organization (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. Repéré à [apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf)
- World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Repéré à [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1)
- Young, L. E. et Maxwell, B. (2007). Student-centered teaching in nursing: from rote to active learning. Dans L. E. Young & B. L. Paterson (dir.), *Teaching Nursing: developing a student-centered learning environment* (p. 3-25). Philadelphie, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

## Annexe A

### Preuve de soumission de l'article I à une revue scientifique

ScholarOne Manuscripts

<https://mc.manuscriptcentral.com/dgijnes>

 International Journal of Nursing Education Scholarship

 Home

 Author

 Review

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

**Submitted to** International Journal of Nursing Education Scholarship

**Manuscript ID** DGJNES.2018.0057

**Title** Transformational Student Voice in Nursing Education: A Scoping Review of the Literature

**Authors** Ha, Laurence  
Pepin, Jacinthe

**Date Submitted** 31-Aug-2018

[Author Dashboard](#)

## Annexe B

### **Guide d'entretien de groupe : dernière rencontre de coconstruction**

\*Attendre que les participantes soient assises, avertir les participantes que vous partez l'enregistreuse si celles-ci ont consenti à l'étude et partir l'enregistreuse.\*

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_, je vais animer l'entretien de groupe aujourd'hui.

**Si un observateur est présent, dire :** Je vous présente \_\_\_\_\_ qui va observer notre entretien et prendra des notes pendant celui-ci.

L'entretien porte sur votre expérience de participation comme étudiante, professeure ou membre du personnel enseignant, à ce projet.

Je vous remercie de prendre le temps pour participer à cet entretien.

L'entretien durera environ 90 minutes. Je vous rappelle que vos propos sont confidentiels, c'est-à-dire, qu'ils seront seulement communiqués à l'équipe responsable de l'étude et aucune autre personne. Je vous demande également de garder les propos des autres participantes confidentiels. Tout ce qui sera dit ici sera transcrit mot pour mot. Toute information qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription.

Les échanges doivent se dérouler dans le respect et dans un esprit de partage. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents. Si vous avez un point de vue différent d'un/une autre participant/e, n'hésitez pas à le partager, ceci ajoute à la discussion. J'aimerais que l'on s'adresse par nos prénoms durant l'entretien. J'ai laissé des cartons sur lesquels vous pouvez inscrire vos prénoms ce qui nous aidera durant la discussion.

Nous enregistrons, donc je vous demande d'essayer le plus possible de parler une personne à la fois ce qui permet à la personne qui va écouter l'enregistrement de bien entendre ce qui est dit.

Si possible, veuillez mettre vos cellulaires sur silence. Si vous devez répondre à un appel urgent, veuillez le faire discrètement.

Mon rôle sera d'animer l'entretien.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

1. Parlez-moi de votre expérience de coconstruction d'activités pédagogiques avec des étudiantes et des professeurs

Probes :

- Parlez-moi des défis rencontrés lors de la coconstruction
  - Parlez-moi de ce qui a facilité cette expérience de coconstruction
  - Racontez-moi comment les rencontres se sont déroulées
  - Pouvez-vous me dire comment vous vous prépariez aux rencontres de coconstruction ?
2. Quelle position d'acteur de la coconstruction adoptiez-vous ou en d'autres termes, quel était votre dialogue intérieur avant et pendant les rencontres de coconstruction ?
  3. Comment vous êtes-vous préparé aux rencontres de coconstruction ?
  4. Parlez-moi des résultats la coconstruction et de vos impressions sur ces résultats
  5. Dans ce qui a été discuté aujourd'hui, quel est, selon vous, le message le plus important que je devrais retenir ?

### **Mot de la fin**

Aimeriez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience de coconstruction que vous n'avez pas eu l'occasion de dire ?

Je vous remercie.

Annexe C

**Questionnaire sociodémographique pour membres de l'équipe de coconstruction**

**Questionnaire sociodémographique pour membres de l'équipe de coconstruction**

Je suis :  
Étudiant(e)   
Membre du personnel enseignant

Sexe :  
M  F

Année de naissance :

Si membre du personnel enseignant, spécifiez:

Professeur(e) titulaire   
Professeur(e) agrégé(e)   
Professeure(e) adjoint(e)   
Chargé(e) d'enseignement   
Autre: \_\_\_\_\_

Dernier niveau de scolarité terminé :  
DEC   
Baccalauréat   
DESS ou maîtrise   
Doctorat   
Discipline : \_\_\_\_\_

Origine ethnique, spécifiez : \_\_\_\_\_  
Années d'expérience comme infirmière (en années) : \_\_\_\_\_  
Années d'expérience en enseignement (en années) : \_\_\_\_\_

**Réservé au chercheur**

Date de la rencontre   
Nombre de participants \_\_\_\_\_

Nom du chercheur qui a réalisé l'entretien : \_\_\_\_\_  
Nom de l'observatrice (si applicable) : \_\_\_\_\_



Annexe D

**Questionnaire sociodémographique pour étudiantes participantes à l'évaluation de l'activité**

**Questionnaire sociodémographique pour étudiantes participantes à l'évaluation de l'activité**

Sexe : M  F

Année de naissance :

Cochez la case appropriée :

J'ai déjà participé à des activités parascolaires

O	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai déjà fait du bénévolat

J'ai déjà participé à des activités de leadership

Si oui, spécifiez l'activité et la durée : \_\_\_\_\_

Origine ethnique, spécifiez : \_\_\_\_\_

Dernier niveau de scolarité terminé :

DEC	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat	<input type="checkbox"/>
DESS ou maîtrise	<input type="checkbox"/>
Doctorat	<input type="checkbox"/>

Discipline du diplôme: \_\_\_\_\_

**Réservé au chercheur**

Date de l'entretien :

Entretien de groupe (EG)  Code de l'entretien : \_\_\_\_\_

Entretien individuel (EI)

Si EG, nombre de participants : \_\_\_\_\_

Nom de l'activité évaluée : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur qui a réalisé l'entretien : \_\_\_\_\_

Nom de l'observatrice (si applicable) : \_\_\_\_\_

Annexe E

**Questionnaire sociodémographique pour membres du personnel enseignant participant à l'évaluation**

**Questionnaire sociodémographique pour membres du personnel enseignant participant à l'évaluation**

Sexe :

M

F

Année de naissance :

AAAA

Spécifiez:

Professeur(e) titulaire

Professeur(e) agrégé(e)

Professeure(e) adjoint(e)

Chargé(e) d'enseignement

Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

Dernier niveau de scolarité terminé :

DEC

Baccalauréat

DESS ou maîtrise

Doctorat

Discipline : \_\_\_\_\_

Origine ethnique, spécifiez : \_\_\_\_\_

Années d'expérience comme infirmière (en années) : \_\_\_\_\_

Années d'expérience en enseignement (en années) : \_\_\_\_\_

**Réservé au chercheur**

Date de l'entretien :

AAAA/JJ/MM

Entretien de groupe (EG)

Code de l'entretien : \_\_\_\_\_

Entretien individuel (EI)

Si EG, nombre de participants : \_\_\_\_\_

Nom de l'activité évaluée : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur qui a réalisé l'entretien : \_\_\_\_\_

Nom de l'observatrice (si applicable) : \_\_\_\_\_

## Annexe F

### **Guides d'entrevue individuelle pour évaluatrices de l'intervention pédagogique**

#### **Guide étudiantes activité en classe**

Bonjour (prénom de la participante),

Si le consentement est signé, partir l'enregistrement.

Je m'appelle \_\_\_\_\_.

Je vais réaliser l'entretien avec vous aujourd'hui. Je vous informe que l'enregistrement audio a débuté.

Vous avez participé au mois de (nommer le(s) mois) à des activités qui étaient développées pour soutenir l'apprentissage du leadership clinique infirmier (LCI). L'objectif de l'entretien aujourd'hui et de recueillir votre rétroaction sur cette activité.

L'entretien débute avec des questions sur votre appréciation de l'activité ; j'aimerais aussi aborder la question sur les apprentissages que vous avez réalisés en lien avec le LCI. En termes plus simples, nous voulons savoir quels aspects de l'activité ont fait une différence pour vous.

Au nom des membres de l'équipe de recherche, j'aimerais vous remercier de prendre le temps de participer à cet entretien.

L'entretien va durer environ 60 minutes. Je vous rappelle que vos propos sont confidentiels, c'est-à-dire, qu'ils seront seulement communiqués à l'équipe responsable de l'étude et aucune autre personne. Tout ce qui sera dit ici sera transcrit mot pour mot. Toute information, comme votre prénom, qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents.

J'aimerais que l'on s'adresse par nos prénoms durant l'entretien si cela vous convient.

Si possible, veuillez mettre votre cellulaire sur silence.

Si durant l'entretien vous sentez un malaise et désirez arrêter l'entretien et l'enregistrement, n'hésitez pas à nous le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

(Distribuer la définition du leadership clinique infirmier), voici la définition du leadership clinique infirmier du référentiel de compétences de la FSI.

1. Au mois de janvier 2015, vous avez participé à l'activité « vidéo-remue méninges », pouvez-vous nous décrire votre expérience ?  
(P - plaisir,  
- atmosphère  
- moment marquant durant l'activité)
2. Parlez-moi de ce moment marquant plus en détail  
(P - retombées sur votre LCI après ce moment  
- différences vécues par la suite)
3. Pouvez-vous me parler du déroulement de l'activité ?  
(P - effort fourni  
- latitude décisionnelle  
- résultat obtenu)
4. Qu'avez-vous pensé de l'activité ?  
(P - utile, intéressante, agréable  
- contribution à l'apprentissage du LCI  
- connaissances  
- habiletés requises  
- ressources mobilisées  
- niveau de difficulté)
5. Vous venez de terminer votre premier stage, parlez-moi de comment votre LCI s'est exprimé durant votre stage  
(P - situation spécifique  
- dans la situation, pour faire preuve d'encore plus de LCI, comment faire ?)
6. Parlez-moi de ce qui vous a amené à exprimer votre LCI de cette façon  
(P - composantes clés  
- pistes pour aller plus loin)
7. Si on revient à l'activité, quelles sont vos suggestions pour l'améliorer ?  
(P - moment, type d'activité  
- lien avec l'apprentissage du LCI, définition du LCI)

## Guide étudiante activité en stage

1. Parles-moi de ce que tu te souviens du journal d'apprentissage (moments avant et après)
2. Parles-moi de ce que tu as écrit dans ton journal
3. Racontes-moi la rétroaction reçue
4. Racontes-moi comment tu as exprimé du LCI durant ton plus récent stage
5. Je vais te lire un extrait de ta première entrevue (remettre une copie de l'extrait) sur ce que c'était pour toi du LCI. J'aimerais savoir ce que tu en penses.
6. Dans cette première entrevue, tu m'avais dit que pour aller plus loin dans votre LCI, il fallait \_\_\_\_\_ parles-moi d'où tu en es aujourd'hui.
7. Quelle(s) différence(s) as-tu constaté entre ton LCI depuis ton premier stage?
  - a. (P - à quoi attribues-tu ces différences?)
8. Si on revient au journal, quelles sont tes suggestions pour l'améliorer?

## **Guide tutrices activité en classe**

(Inspiré de Baribeau (2013), Krueger (2002); Van der Maren, (2010))

Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_, je vais animer l'entretien aujourd'hui.

Au mois de janvier 2015, vous avez participé à la mise à l'essai d'une activité qui portait sur le leadership clinique infirmier. Cette activité a été développée par un groupe d'étudiantes de baccalauréat et de professeures. Aujourd'hui, je veux discuter de vos idées, vos impressions et votre expérience comme personne ayant mis à l'essai l'activité portant sur le leadership clinique dans le cadre du cours SOI1802.

Je veux vous remercier de prendre le temps de participer à cet entretien. L'entretien durera environ 60 minutes.

Je veux insister sur le fait que vos propos sont confidentiels. Tout ce qui sera dit ici sera transcrit mot pour mot. Toute information qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription, on ne pourra pas vous associer vos propos.

Il est important pour moi de souligner qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seulement des points de vue différents.

Si jamais, durant l'entretien, vous souhaitez arrêter pour quelque raison, n'hésitez pas à me le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer?

### **Thème 1 : Déroulement de l'activité (question d'introduction)**

- **Racontez-moi comment s'est déroulée l'activité « (nommez le titre de l'activité) »).**
- **Racontez-moi comment vous pensez que s'est déroulée l'activité (nommez le titre de l'activité) ») pour les étudiantes.**

Probes :

- Parlez-moi de la **réaction** des étudiants durant l'activité
- Parlez-moi des **échanges** qu'ont eus les étudiants durant l'activité
- Sur **quoi** portaient ces échanges? Comment avez-vous trouvé les échanges?
- Quelles ont été vos **interventions** durant l'atelier?

### **Thème 2 : Impressions générales (de la tutrice)**

- **Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant que vous n'avez pas du tout apprécié l'activité et 10 étant que vous avez énormément apprécié l'activité, où vous situez vous? Inscrivez votre score sur la feuille de papier devant vous et attendez mon signal avec de montrer votre feuille au groupe.**

- Pouvez-vous expliquer votre score?

Probes:

- (Nom d'une participante), j'ai remarqué que vous avez côté très bas (ou très haut) l'activité, pouvez-vous m'en dire plus?
- Faire préciser sur l'ordre, faisabilité, agencement avec d'autres activités, clarté du matériel (guides), *timing*, type d'activité, déroulement, etc.
- Quelles sont les modifications que vous apporteriez à l'atelier?

### **Thème 3 : Apprentissage du LCI des étudiants**

- **Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant que vous pensez que l'activité n'a pas du tout contribué à l'apprentissage du LCI des étudiantes et 10 que vous pensez que l'activité a assurément contribué à l'apprentissage du LCI. Inscrivez votre résultat et attendez mon signal avec de montrer votre feuille au groupe.**

Probes:

- (Nom d'une participante), j'ai remarqué que vous avez côté très bas (ou très haut) l'activité.
  - Pouvez-vous expliquer votre score?

- Pouvez-vous décrire des réactions ou des commentaires d'étudiants durant l'activité qui vous fait penser cela?

**Mot de la fin**

- De ce qui a été discuté aujourd'hui, quel est le message le plus important pour vous?
- A-t-on oublié de discuter ou mentionner quelque chose?

Merci de votre participation.



## **Guide préceptrices activité en stage**

Bonjour (prénom de la participante),

Si le consentement est signé, partir l'enregistrement.

Je m'appelle \_\_\_\_\_.

Je vais réaliser l'entretien avec vous aujourd'hui. Je vous informe que l'enregistrement audio a débuté.

Vous avez participé au mois de (nommer le(s) mois) à des activités qui étaient développées pour soutenir l'apprentissage du LCI. L'objectif de l'entretien aujourd'hui est de recueillir votre rétroaction sur cette activité.

Au nom des membres de l'équipe de recherche, j'aimerais vous remercier de prendre le temps de participer à cet entretien.

L'entretien va durer environ 60 minutes. Je vous rappelle que vos propos sont confidentiels, c'est-à-dire, qu'ils seront seulement communiqués à l'équipe responsable de l'étude et aucune autre personne. Tout ce qui sera dit ici sera transcrit mot pour mot. Toute information, comme votre prénom, qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents. J'aimerais que l'on s'adresse par nos prénoms durant l'entretien si cela vous convient. Si possible, veuillez mettre votre cellulaire sur silence. Si durant l'entretien vous sentez un malaise et désirez arrêter l'entretien et l'enregistrement, n'hésitez pas à nous le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer?

1. Parlez-moi des journaux d'apprentissage #2 que vous avez lus dans le cadre du stage SOI1712 – Maladie chronique 2
2. Racontez-moi des éléments des journaux qui vous ont surpris
3. Racontez-moi ce que vous avez appris en lisant ces journaux
4. Racontez-moi ce que vous pensez que les étudiants ont appris en réalisant ce journal
5. Racontez-moi ce que vous avez donné comme rétroaction aux étudiants sur ce journal

6. Parlez-moi de vos attentes envers les étudiants au niveau de leur LCI durant leur stage
7. Racontez-moi comment les étudiants ont exprimé leur LCI durant leur stage
8. Racontez-moi la rétroaction que vous donnez aux étudiantes sur leur LCI durant leur stage
9. Quelle(s) différence(s) remarquez-vous entre le LCI des étudiants (dans le groupe ou avec d'autres groupes que vous avez déjà accompagnés?)

(P - à quoi attribuez-vous ces différences?)

10. Si on revient au journal, quelles sont vos suggestions pour l'améliorer?
11. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation au leadership clinique infirmier des étudiants?

## Annexe G

### **Guide d'entrevue de groupe pour étudiantes évaluatrices de l'intervention pédagogique**

Inspiré de la démarche de Baribeau (2013); Baribeau et Germain (2010); Krueger (2002); Van der Maren (2010)

**Si une observatrice est présente, dire :** Je vous présente \_\_\_\_\_ qui va observer notre entretien et prendra des notes pendant celui-ci.

L'entretien commencera avec des questions sur votre appréciation de l'activité ; puis nous voulons savoir quels aspects de l'activité ont fait une différence pour vous.

Je vous remercie de prendre le temps pour participer à cet entretien.

L'entrevue va durer environ 90 minutes. Je vous rappelle que vos propos sont confidentiels, c'est-à-dire, qu'ils seront seulement communiqués à l'équipe responsable de l'étude et aucune autre personne. Je vous demande également de garder les propos des autres participantes confidentiels.

Les échanges doivent se dérouler dans le respect et dans un esprit de partage. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents. Si vous avez un point de vue différent d'un/une autre participant/e, n'hésitez pas à le partager, ceci ajoute à la discussion. J'aimerais que l'on s'adresse par nos prénoms durant l'entretien.

Nous enregistrons, donc je vous demande d'essayer le plus possible de parler une personne à la fois ce qui permet à la personne qui va écouter l'enregistrement de bien entendre ce qui est dit.

Tout ce qui sera dit ici sera transcrit mot pour mot. Toute information qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription.

Si possible, veuillez mettre vos cellulaires sur silence. Si vous devez répondre à un appel urgent, veuillez le faire discrètement.

Mon rôle sera d'animer l'entretien.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

## **Thème 1 : Impressions générales**

- **Parlez-moi du déroulement de l'activité « vidéo »**
  
- **Avec les notes de A+ à F, F étant que vous n'avez pas du tout apprécié l'activité et A+ étant que vous avez énormément apprécié l'activité, inscrivez score sur la feuille de papier devant vous et attendez mon signal avant de montrer votre feuille au groupe.**
  - Pouvez-vous commenter votre score?
    - Spécifier, sur l'ordre des activités, le *timing*, le type d'activité, le déroulement, etc.
    - Pour quelle(s) raison(s)?

**OU**

- **Qu'avez-vous pensé de l'activité pédagogique sur le LCI?**
  - (Nom d'une participante),
    - Quel aspect avez-vous le moins aimé?
    - Quel aspect avez-vous le plus aimé?
    - Qu'est-ce qui aurait fait changer votre score?

## **Thème 2 : Composantes de l'activité et apprentissage**

- **Si je vous demande ce que vous avez retenu de l'activité, que répondez-vous?**
  - Quelle « nouveauté » pensez-vous avoir appris? **OU** quelles sont les choses que vous avez vu qui vous a surprises?
  
- **Qu'est-ce qui vous a fait retenir ce moment en particulier?**

Si focus group après le stage,

- Comment ce moment que vous avez retenu s'est traduit lors de votre stage?
- Y'a-t-il des apprentissages que vous pensez avoir fait auparavant sur le LCI (dans d'autres cours par exemple)?

### **Thème 3 : Contribution de l'activité à l'apprentissage du LCI**

- **Quand vous pensez à une étudiante qui fait preuve de LCI, à quoi pensez-vous?**
  - Comment pensez-vous qu'elle arrive à agir de cette façon?
  - Précisez dans quelle situation

Si après le stage,

- Précisez les apprentissages que cette étudiante doit avoir fait : le type d'activité, le moment, la structure, les composantes
  - Quels éléments sont en commun avec ce que vous venez de nommer et l'activité que vous avez vécue?
  - Quels éléments sont différents?
- **Comment pensez-vous continuer à apprendre le LCI?**

Si après le stage,

- **Projetez-vous dans l'avenir comme infirmière, comment pensez-vous continuer à apprendre le LCI?**
  - Quelles actions concrètes entrevoyez-vous?

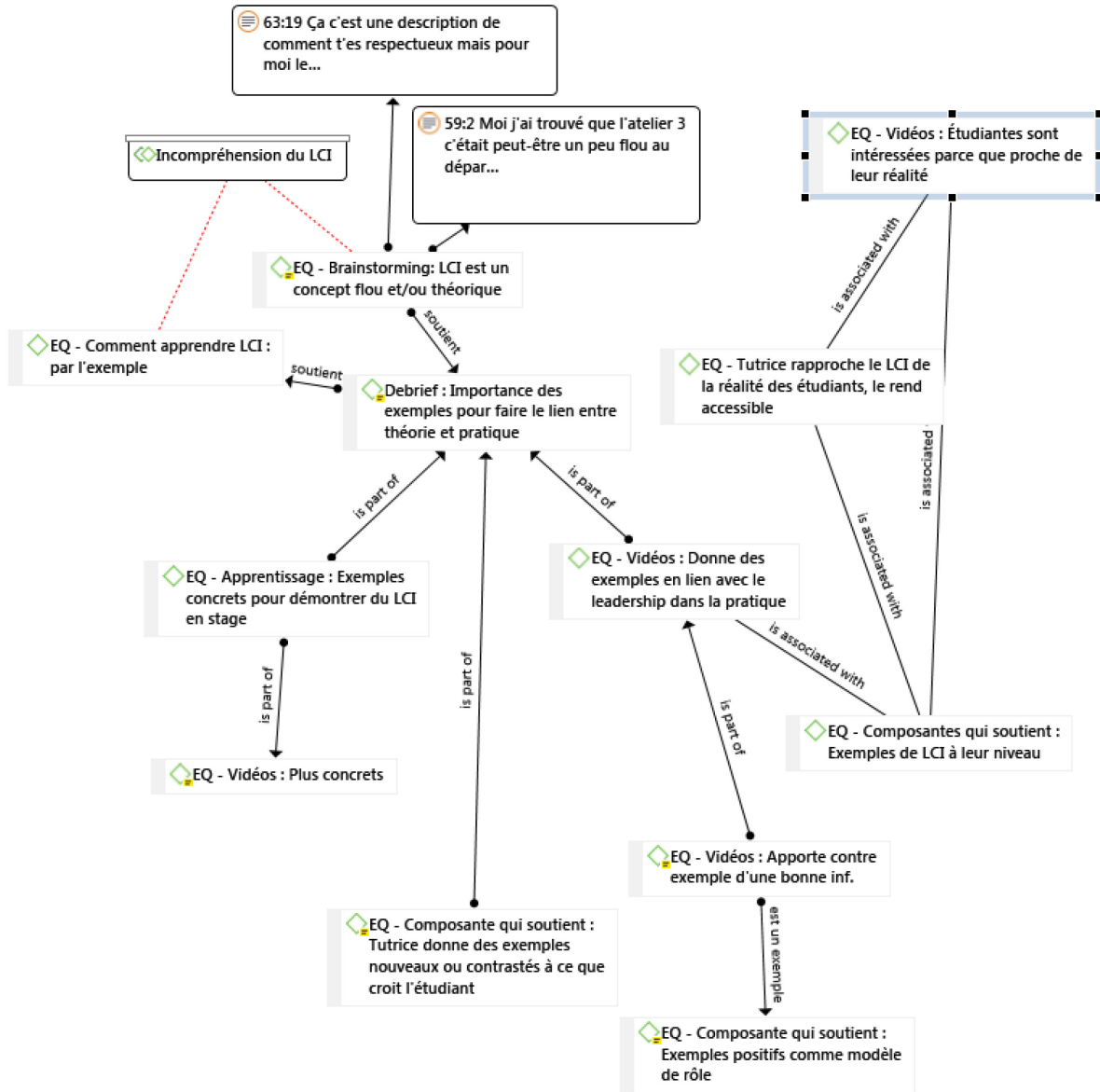
### **Mot de la fin**

- **De ce qui a été discuté aujourd'hui, quel est le message le plus important pour vous?**
- **Quels sont les points que nous avons oublié de discuter ou mentionner?**

Merci de votre participation.

## Annexe H

### Exemple de schéma d'analyse thématique



## Annexe I

### Certificat d'éthique et renouvellement éthique



Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

13 mai 2014

Madame Laurence Ha  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières

#### **OBJET: Reconnaissance d'une approbation éthique**

Mme Laurence Ha,

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER) a étudié le projet de recherche intitulé « COCONSTRUCTION D'ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES AVEC DES ÉTUDIANTES ET DES PROFESSEURES POUR L'APPRENTISSAGE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER » et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CPER tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

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

*Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)*  
Université de Montréal

PL/RS/rs

c.c. Gestion des certificats, BRDV  
Jacinthe Pépin, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières  
Ginette Hamel  
p.j. Certificat CPER-14-054-D

3744 Jean-Brillant, B-430-8  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7  
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896  
cper@umontreal.ca

Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	COCONSTRUCTION D'ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES AVEC DES ÉTUDIANTES ET DES PROFESSEURES POUR L'APPRENTISSAGE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER
Étudiante requérant	Laurence Ha Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Financement	
Organisme	FQRSC, FRESIQ-MELS, RRISQ
Programme	Bourse de recherche doctorale
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--

Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	

### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.

Pierre Lapointe, Président  
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche  
Université de Montréal

13 mai 2014  
Date de délivrance

1 juin 2015  
Date de fin de validité

adresse postale  
3744 Jean-Brillant, B-430-8  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7  
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896  
cper@umontreal.ca



17 août 2016

Madame Laurence Ha  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières

**OBJET: Approbation éthique (renouvellement)**

---

Mme Laurence Ha,

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche intitulé « COCONSTRUCTION D'ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES AVEC DES ÉTUDIANTES ET DES PROFESSEURES POUR L'APPRENTISSAGE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER » et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CPER tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

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

Raphaële Stenne, conseillère en éthique de la recherche  
Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER)  
Université de Montréal  
JP/RS/rs  
c.c. Gestion des certificats, BRDV  
p.j. Certificat CPER-14-054-D(2)

adresse postale  
3744 Jean-Brillant, B-430-8  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7  
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896  
cper@umontreal.ca

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**  
- 2ième renouvellement -

*Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal*

<b>Projet</b>	
<b>Titre du projet</b>	<b>COCONSTRUCTION D'ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES AVEC DES ÉTUDIANTES ET DES PROFESSEURES POUR L'APPRENTISSAGE DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER</b>
Étudiante requérant	<b>Laurence Ha</b> Candidate au doctorat, Faculté des sciences infirmières Université de Montréal
Sous la direction de	Jacinthe Pépin, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
<b>Financement</b>	
Organisme	FQRSC, FRESIQ-MELS, RRISQ
Programme	Bourse de recherche doctorale
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--

**MODALITÉS D'APPLICATION**

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPER.

Raphaëlle Stenne, conseillère en éthique de la recherche  
Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche  
Université de Montréal

<b>17 août 2016</b> Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	<b>1er septembre 2017</b> Date du prochain suivi
<b>13 mai 2014</b> Date du certificat initial	<b>1er septembre 2017</b> Date de fin de validité

\*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

**adresse postale**  
3744 Jean-Brillant, B-430-8  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7  
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896  
cper@umontreal.ca

**Formulaires d'informations et de consentement**

**Formulaire d'information et de consentement**  
Membres de l'équipe de travail – étudiantes

**Titre de l'étude :** « Coconstruction d'activités pédagogiques avec des étudiantes et des professeures pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier »

**CHERCHEUSE PRINCIPALE :** Laurence Ha, inf., M. Sc.  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-6111 poste 51472  
laurence.ha@umontreal.ca

**DIRECTRICE DE RECHERCHE :** Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.  
Professeure titulaire  
Directrice du Centre d'innovation en  
formation infirmière  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-7619  
jacinthe.pepin@umontreal.ca

**Sources de financement du projet de recherche**

Ce projet de recherche est financé par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

## **Renseignements généraux**

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche mené par Laurence Ha, candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le présent document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.

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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse principale du projet de recherche et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **Description du projet de recherche**

Le leadership clinique infirmier constitue une compétence centrale de la profession infirmière. Or, peu de moyens sont disponibles pour développer le leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières. L'objectif du projet de recherche est de développer des activités pédagogiques pour des étudiantes infirmières qui les aideront à apprendre le leadership clinique infirmier (LCI).

Les activités seront développées par une équipe de travail composée de 4 étudiantes et de 4 professeures et de la chercheuse principale. Lorsque le développement des activités sera terminé, elles seront mises à l'essai dans le programme de baccalauréat – formation initiale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Des membres du personnel enseignant de la FSI réaliseront la mise à l'essai auprès d'étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières. Après la mise à l'essai, 41 étudiantes de 1<sup>re</sup> année et 32 membres du personnel enseignant seront invitées à évaluer les activités durant des entretiens de groupe et des entretiens individuels. À la fin du projet, l'équipe de travail sera invitée à échanger sur leur expérience de collaboration.

Nous souhaitons que les activités développées lors de ce projet de recherche aident les étudiantes à apprendre le leadership clinique infirmier.

Le présent formulaire vise à vous informer sur votre participation à l'étude **à titre de membre de l'équipe de travail qui développe les activités.**

## **Nature, durée et conditions de la participation**

La collecte de données de cette étude durera 1 an et 1 mois au total. Votre participation est demandée à des moments précis durant cette période. Comme

participante à la recherche à titre de « **membre de l'équipe de travail** », vous serez appelés à assister à 6 rencontres de l'équipe. Cette équipe de travail est constituée de 4 étudiantes en 2<sup>e</sup> année de baccalauréat – formation initiale et 4 professeures, toutes provenant de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Si d'autres rencontres de l'équipe s'avèrent nécessaires, elles feront l'objet d'une discussion d'équipe où seule l'unanimité des voix permet l'ajout de rencontres.

Durant ces rencontres, vous serez appelés à interagir avec les autres membres de l'équipe sur le sujet du leadership clinique infirmier (LCI) et le type d'activités pédagogiques qui peuvent aider les étudiantes à apprendre le LCI. Ces rencontres seront animées par la chercheuse principale et une assistante de recherche qui observera les rencontres et prendra des notes. Les interactions seront enregistrées audio, puis des procès-verbaux seront rédigés à partir de ces enregistrements. Les participantes devront également remplir le questionnaire sociodémographique.

Exceptionnellement, la dernière rencontre sera animée par deux assistantes de recherche. Cette dernière rencontre prendra la forme d'un entretien de groupe qui portera sur l'expérience de collaboration de l'équipe. Cette rencontre sera enregistrée audio et sera transcrite verbatim (mot pour mot).

Les 6 rencontres auront lieu entre le mois de mai 2014 et le mois de juin 2015. Ces rencontres dureront environ 90 minutes. Les rencontres se dérouleront dans un local fermé de l'établissement où vous réalisez vos études, à un moment convenu entre vous et la chercheuse principale.

Toute communication écrite ou électronique entre les membres de l'équipe concernant l'activité pédagogique sera considérée comme des données de recherche.

À la demande de l'équipe, il se peut qu'un espace de travail sur une plateforme web soit créé (ex. forum de discussion). Toute communication sur cette plateforme sera aussi considérée comme des données de recherche.

Pour cette recherche, nous vous demandons de :

- D'être ponctuel lors des rencontres ;
- De respecter le droit de parole des participants ;
- D'interagir de manière constructive avec les autres membres de l'équipe ;
- De garder en tout temps les propos confidentiels.

Pour participer à l'étude, au moment du recrutement, vous devez avoir réussi votre première année du programme de baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale de l'Université de Montréal. Vous devez continuer d'être inscrit au programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université durant l'étude.

En aucun temps durant l'étude, une professeure<sup>1</sup> de l'équipe de travail peut être en situation de vous évaluer dans le cadre de vos études. Advenant le cas que cette situation se présente, une rencontre sera organisée avec vous et la professeure membre de l'équipe pour trouver une solution. S'il est impossible pour la professeure de changer la situation, l'équipe de recherche se réserve le droit de demander votre retrait ou celui du professeur selon les besoins de l'étude.

## **Risques et inconvénients**

Les désagréments reliés à la participation à cette étude sont les exigences de temps que vous y consacrerez. Le temps de participation est estimé à 9h au total. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer. Devant celle-ci, il se peut que vous ressentiez de la gêne ou de l'anxiété.

Advenant que vous éprouviez une forme de désagrément, vous pourrez cesser votre participation à n'importe quel moment en avisant l'équipe de recherche.

Les données recueillies au cours de cette étude ne seront en aucun cas utilisées à des fins d'évaluation de compétence dans votre programme de formation.

## **Avantages et bénéfices**

Comme participante à l'étude, une lettre de participation vous sera remise pour souligner votre engagement durant ce projet. Votre participation contribuera au développement de nouvelles activités pédagogiques sur le LCI.

## **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation au titre de votre participation à cette étude.

## **Diffusion des résultats**

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche en vous fiant aux coordonnées sur la première page de ce formulaire. Vous pouvez aussi demander que les publications en lien avec ce projet vous soit envoyé par courriel.

Les résultats seront consignés dans une thèse doctorale, pourront être publiés dans des articles scientifiques et présenter lors de congrès, mais votre identité restera confidentielle. Toute information qui permettrait de vous identifier sera enlevée des écrits et lors de présentations orales ou par affiche à moins que vous y consentiez.

Étant donné l'implication et l'engagement que demande ce projet, nous souhaitons que votre travail soit reconnu. Ainsi, vous pouvez consentir à ce que votre nom apparaisse dans les remerciements des publications qui seront issues de ce projet.

## **Protection de la confidentialité**

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. L'utilisation de système de codification et l'utilisation de pseudonyme préservera votre anonymat et aucun résultat ne pourra être utilisé pour vous identifier ou pour évaluer votre rendement. Les enregistrements audio, les procès-verbaux des rencontres et les transcriptions seront conservés dans un lieu sûr, c'est-à-dire, dans un classeur sous clé, réservé à cet effet dans le bureau de la chercheuse principale, Madame Laurence Ha, situé à l'Université de Montréal. Elles seront gardées tout au plus pour une durée de 7 ans après quoi elles seront détruites : toutes les copies des données numériques (enregistrements) seront effacées et les documents papier seront déchiquetés.

Vous avez aussi des droits d'accès à votre dossier de recherche et ce, à des fins de consultation ou de modifications éventuelles.

À des fins de contrôle et de surveillance de la qualité de la recherche, certains organismes de recherche, d'organismes gouvernementaux ou de comités d'éthique peuvent demander à examiner les données issues de cette recherche en communiquant avec la chercheuse principale.

## **Droit de retrait**

La participation à l'étude se fait sur une base entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison sans préjudice ni conséquence sur vos études. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant, spécifiquement votre questionnaire sociodémographique.

Si vous vous retirez ou êtes retiré de l'étude, veuillez noter que l'enregistrement audio ne pourra être détruit puisque vos propos déjà enregistrés sont reliés aux propos des autres participants.

Les chercheurs se réservent le droit de vous retirer de cette étude en tout moment, notamment si les directives données ne sont pas respectées ou pour toute autre raison jugée valide par ceux-ci.

## **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Laurence Ha, candidate au doctorat en sciences infirmières, par téléphone (514) 343-6111 poste 51472, ou par courriel, [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la conseillère en éthique de la recherche du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) par courriel : [cper@umontreal.ca](mailto:cper@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 1896.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.



## Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte aucunement vos évaluations académiques.

***J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche. L'équipe de recherche m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps d'y réfléchir et a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.***

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

Je désire recevoir **par courriel** des publications réalisées dans le cadre de cette étude

Oui  Non

Si vous avez coché oui, svp indiquer votre adresse courriel

Adresse courriel :

---

Lorsque possible, je souhaite être nommé dans les remerciements de publications issues de ce projet :

Oui  Non

# Formulaire d'information et de consentement

Membres de l'équipe de travail – professeures

**Titre de l'étude :** « Coconstruction d'activités pédagogiques avec des étudiantes et des professeures pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier »

**CHERCHEUSE PRINCIPALE :**

Laurence Ha, inf., M. Sc.  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-6111 poste 51472  
laurence.ha@umontreal.ca

**DIRECTRICE DE RECHERCHE :**

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.  
Professeure titulaire  
Directrice du Centre d'innovation en  
formation infirmière  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-7619  
jacinthe.pepin@umontreal.ca

## Sources de financement du projet de recherche

Ce projet de recherche est financé par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

## Renseignements généraux

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche mené par Laurence Ha, candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le présent document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.

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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse principale et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **Description du projet de recherche**

Le leadership clinique infirmier constitue une compétence centrale de la profession infirmière. Or, peu de moyens sont disponibles pour développer le leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières. L'objectif du projet de recherche est de développer des activités pédagogiques pour des étudiantes infirmières qui les aideront à apprendre le leadership clinique infirmier (LCI).

Les activités seront développées par une équipe de travail composée de 4 étudiantes et de 4 professeures et de la chercheuse principale. Lorsque le développement des activités sera terminé, elles seront mises à l'essai dans le programme de baccalauréat – formation initiale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Des membres du personnel enseignant de la FSI réaliseront la mise à l'essai auprès d'étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières. Après la mise à l'essai, 41 étudiantes de 1<sup>re</sup> année et 32 membres du personnel enseignant seront invitées à évaluer les activités durant des entretiens de groupe et des entretiens individuels. À la fin du projet, l'équipe de travail sera invitée à échanger sur leur expérience de collaboration.

Nous souhaitons que les activités développées lors de ce projet de recherche aident les étudiantes à apprendre le leadership clinique infirmier.

Le présent formulaire vise à vous informer sur votre participation à l'étude à **titre de membre de l'équipe de travail qui développe les activités**.

## **Nature, durée et conditions de la participation**

La collecte de données de cette étude durera 1 an et 1 mois au total. Votre participation est demandée à des moments précis durant cette période. Comme participante à la recherche à titre de « **membre de l'équipe de travail** », vous serez appelés à assister à 6 rencontres de l'équipe. Cette équipe de travail est constituée de 4 étudiantes en 2<sup>e</sup> année de baccalauréat – formation initiale et 4 professeures, toutes provenant de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Si d'autres rencontres de l'équipe s'avèrent nécessaires, elles feront l'objet d'une discussion d'équipe où seule l'unanimité des voix permet l'ajout de rencontres.

Durant ces rencontres, vous serez appelés à interagir avec les autres membres de l'équipe sur le sujet du leadership clinique infirmier (LCI) et le type d'activités pédagogiques qui peuvent aider les étudiantes à apprendre le LCI. Ces rencontres seront animées par la chercheuse principale et une assistante de recherche qui observera les rencontres et prendra des notes. Les interactions seront enregistrées audio, puis des procès-verbaux seront rédigés à partir de ces enregistrements. Les participantes devront également remplir le questionnaire sociodémographique.

Exceptionnellement, la 6<sup>e</sup> rencontre sera animée par deux assistantes de recherche. Cette dernière rencontre prendra la forme d'un entretien de groupe qui portera sur l'expérience de collaboration de l'équipe. Cette rencontre sera enregistrée audio et sera transcrite verbatim (mot pour mot).

Les 6 rencontres auront lieu entre le mois de mai 2014 et le mois de juin 2015. Ces rencontres dureront environ 90 minutes. Les rencontres se dérouleront dans un local fermé de l'établissement où vous travaillez, à un moment convenu entre vous et la chercheuse principale.

Toute communication écrite ou électronique entre les membres de l'équipe concernant l'activité pédagogique sera considérée comme des données de recherche.

À la demande de l'équipe, il se peut qu'un espace de travail sur une plateforme web soit créé (ex. forum de discussion). Toute communication sur cette plateforme sera aussi considérée comme des données de recherche.

Pour cette recherche, nous vous demandons de :

- D'être ponctuel lors des rencontres ;
- De respecter le droit de parole des participants ;
- D'interagir de manière constructive avec les autres membres de l'équipe ;
- De garder en tout temps les propos confidentiels.

Pour participer à l'étude, au moment du recrutement, vous devez être employée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

En aucun temps durant l'étude, une professeure de l'équipe de travail peut être en situation d'évaluation d'une étudiante de l'équipe. Advenant le cas que cette situation se présente, une rencontre sera organisée avec la professeure et l'étudiante membre de l'équipe pour trouver une solution. S'il est impossible pour vous de changer la situation, l'équipe de recherche se réserve le droit de demander votre retrait ou celui de l'étudiante selon les besoins de l'étude.

## **Risques et inconvénients**

Les désagréments reliés à la participation à cette étude sont les exigences de temps que vous y consacrerez. Le temps de participation est estimé à 9h au total. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer. Devant celle-ci, il se peut que vous ressentiez de la gêne ou de l'anxiété. Advenant que vous éprouviez une forme désagrément vous pourrez cesser votre participation à n'importe quel moment en avisant l'équipe de recherche.

Les données recueillies au cours de cette étude ne seront en aucun cas utilisées à des fins d'évaluation de compétence dans votre travail.

## **Avantages et bénéfices**

Comme participante à l'étude, une lettre de participation vous sera remise pour souligner votre engagement durant ce projet. Votre participation contribuera au développement de nouvelles activités pédagogiques sur le LCI.

## **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation au titre de votre participation à cette étude.

## **Diffusion des résultats**

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche en vous fiant aux coordonnées sur la première page de ce formulaire. Vous pouvez aussi demander que les publications en lien avec ce projet vous soit envoyé par courriel.

Les résultats seront consignés dans une thèse doctorale, pourront être publiés dans des articles scientifiques et présenter lors de congrès, mais votre identité restera confidentielle. Toute information qui permettrait de vous identifier sera enlevée des écrits et lors de présentations orales ou par affiche à moins que vous y consentiez. Étant donné l'implication et l'engagement que demande ce projet, nous souhaitons que votre travail soit reconnu. Ainsi, vous pouvez consentir à ce que votre nom apparaisse dans les remerciements des publications qui seront issues de ce projet.

## **Protection de la confidentialité**

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. L'utilisation de système de codification et l'utilisation de pseudonyme préservera votre anonymat et aucun résultat ne pourra être utilisé pour vous identifier ou pour évaluer votre rendement. Les enregistrements audio, les procès-verbaux des rencontres et les transcriptions seront conservés dans un lieu sûr, c'est-à-dire, dans un classeur sous clé, réservé à cet effet dans le bureau de la chercheuse principale, Madame Laurence Ha, situé à l'Université de Montréal.

Elles seront gardées tout au plus pour une durée de 7 ans après quoi elles seront détruites : toutes les copies des données numériques (enregistrements) seront effacées et les documents papier seront déchiquetés.

Vous avez aussi des droits d'accès à votre dossier de recherche et ce, à des fins de consultation ou de modifications éventuelles.

À des fins de contrôle et de surveillance de la qualité de la recherche, certains organismes de recherche, d'organismes gouvernementaux ou de comités d'éthique peuvent demander à examiner les données issues de cette recherche en communiquant avec la chercheuse principale.

### **Droit de retrait**

La participation à l'étude se fait sur une base entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison sans préjudice ni conséquence sur vos études. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant, spécifiquement votre questionnaire sociodémographique.

Si vous vous retirez ou êtes retiré de l'étude, veuillez noter que l'enregistrement audio ne pourra être détruit puisque vos propos déjà enregistrés sont reliés aux propos des autres participants.

Les chercheurs se réservent le droit de vous retirer de cette étude en tout moment, notamment si les directives données ne sont pas respectées ou pour toute autre raison jugée valide par ceux-ci.

### **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Laurence Ha, candidate au doctorat en sciences infirmières, par téléphone (514) 343-6111 poste 51472, ou par courriel, [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la conseillère en éthique de la recherche du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) par courriel : [cper@umontreal.ca](mailto:cper@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 1896.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

## Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte aucunement votre travail ni votre relation avec vos supérieurs et l'équipe de recherche.

***J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche. L'équipe de recherche m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps d'y réfléchir et a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.***

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

Je désire recevoir **par courriel** des publications réalisées dans le cadre de cette étude :

Oui  Non

Si vous avez coché oui, svp indiquer votre adresse courriel

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Lorsque possible, je souhaite être nommé dans les remerciements de publications issues de ce projet :

Oui  Non



# **Formulaire d'information et de consentement**

## **Entretiens de groupe – étudiantes ou membres du personnel enseignant<sup>14</sup>**

**Titre de l'étude :** « Coconstruction d'activités pédagogiques avec des étudiantes et des professeures pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier »

**CHERCHEUSE PRINCIPALE :** Laurence Ha, inf., M. Sc.  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-6111 poste 51472  
laurence.ha@umontreal.ca

**DIRECTRICE DE RECHERCHE :** Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.  
Professeure titulaire  
Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-7619  
jacinthe.pepin@umontreal.ca

### **Sources de financement du projet de recherche**

Ce projet de recherche est financé par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

---

<sup>14</sup> Ce formulaire a été signé par les formatrices malgré que des entrevues individuelles ont eu lieu. Des explications orales ont été données avant la signature du formulaire pour que les participantes puissent comprendre la différence entre l'entrevue de groupe et l'entrevue individuelle.

## Renseignements généraux

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche mené par Laurence Ha, candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le présent document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.

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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse principale du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## Description du projet de recherche

Le leadership clinique infirmier constitue une compétence centrale de la profession infirmière. Or, peu de moyens sont disponibles pour développer le leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières. L'objectif du projet de recherche est de développer des activités pédagogiques pour des étudiantes infirmières qui les aideront à apprendre le leadership clinique infirmier (LCI).

Les activités seront développées par une équipe de travail composée de 4 étudiantes et de 4 professeures et de la chercheuse principale. Lorsque le développement des activités sera terminé, elles seront mises à l'essai dans le programme de baccalauréat – formation initiale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Des membres du personnel enseignant de la FSI réaliseront la mise à l'essai auprès d'étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières. Après la mise à l'essai, 41 étudiantes de 1<sup>re</sup> année et 32 membres du personnel enseignant seront invitées à évaluer les activités durant des entretiens de groupe et des entretiens individuels. À la fin du projet, l'équipe de travail sera invitée à échanger sur leur expérience de collaboration.

Nous souhaitons que les activités développées lors de ce projet de recherche aident les étudiantes à apprendre le leadership clinique infirmier.

Le présent formulaire vise à vous informer sur votre participation à l'étude **en tant que participante à un entretien de groupe.**

Si vous êtes une étudiante qui a mis à l'essai l'activité, votre groupe d'entretien sera composé de 7 autres étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale. 3 autres entretiens de groupe réunissant d'autres étudiantes en

1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières – formation initiale seront organisés.

Si vous êtes une membre du personnel enseignant qui avez mis à l'essai l'activité, votre groupe d'entretien sera composé de 7 autres membres du personnel enseignant. 3 autres entretiens de groupe réunissant des membres du personnel enseignant seront organisés.

## **Nature, durée et conditions de la participation**

La collecte de données de cette étude durera 1 an et 1 mois au total. Votre participation est demandée à un moment précis durant cette période. Comme participante à la recherche, vous serez appelés à assister à un (1) entretien de groupe entre septembre 2014 et juin 2015.

Il y aura une animatrice et une observatrice durant l'entretien de groupe. L'animatrice sera la chercheuse principale ou une assistante dûment formée. L'entretien durera environ 90 minutes (1h30) et aura lieu dans un local fermé de l'établissement où vous réalisez vos études (si vous êtes étudiant) ou votre travail (si vous êtes membre du personnel enseignant), à un moment convenu entre vous et la chercheuse principale. Les participantes devront également remplir le questionnaire sociodémographique.

L'animatrice de l'entretien vous demandera de vous exprimer sur différents aspects sur les activités pédagogiques que vous aurez mises à l'essai. Durant l'entretien, vous serez en interaction avec d'autres collègues. L'entretien sera enregistré audio et transcrit verbatim (mot pour mot) par la suite.

Pour cette recherche, nous vous demandons de :

- Vous présentez à l'heure et à l'endroit convenus pour l'entretien ;
- Respectez les consignes qui vous seront données durant l'entretien, surtout en ce qui a trait au respect du droit de parole des autres participants ;
- Interagir avec les autres participantes ;
- Gardez les propos confidentiels.

Pour participer à l'étude, au moment du recrutement :

Si vous êtes étudiante, vous devez avoir participé à la mise à l'essai de l'activité développée dans le cadre de cette étude **et** avoir au moins 18 ans.

Si vous êtes membre du personnel enseignant, vous devez avoir participé à la mise à l'essai de l'activité développée dans le cadre de cette étude.

## **Risques et inconvénients**

Les désagréments reliés à la participation à cette étude sont le temps que vous y consacrerez. Le temps de participation est estimé à 90 minutes au total. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer. Devant celle-ci, il se peut que vous ressentiez de la gêne ou de l'anxiété.

Advenant que vous éprouviez une forme de désagrément, vous pouvez cesser votre participation à n'importe quel moment en avisant l'équipe de recherche.

Les données recueillies au cours de cette étude ne seront en aucun cas utilisées à des fins d'évaluation de compétence dans votre programme de formation (si vous êtes étudiante) ou dans votre travail (si vous êtes membre du personnel enseignant).

## **Avantages et bénéfices**

Votre participation contribuera au développement de nouvelles activités pédagogiques sur le LCI.

## **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation au titre de votre participation à cette étude.

## **Diffusion des résultats**

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche en vous fiant aux coordonnées sur la première page de ce formulaire. Vous pouvez aussi demander que les publications en lien avec ce projet vous soit envoyé par courriel.

Les résultats seront consignés dans une thèse doctorale, pourront être publiés dans des articles scientifiques et présenter lors de congrès, mais votre identité restera confidentielle. Toute information qui permettrait de vous identifier sera enlevée des écrits et lors de présentations orales ou par affiche.

## **Protection de la confidentialité**

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. L'utilisation de système de codification par le personnel de l'étude et l'utilisation de pseudonyme préservera votre anonymat et aucun résultat ne pourra être utilisé pour vous identifier ou pour évaluer votre rendement. Les enregistrements audio et les transcriptions seront conservés dans un lieu sûr, c'est-à-dire, dans un classeur sous clé, réservé à cet effet dans le bureau de la chercheuse principale, Madame Laurence Ha, situé à l'Université de Montréal. Elles seront gardées tout au plus pour une durée de 7 ans après quoi elles seront

détruites. Toutes les copies des données numériques (enregistrements) seront effacées et les documents papier seront déchiquetés.

Vous avez aussi des droits d'accès à votre dossier de recherche et ce, à des fins de consultation ou de modifications éventuelles.

À des fins de contrôle et de surveillance de la qualité de la recherche, certains organismes de recherche, d'organismes gouvernementaux ou de comités d'éthique peuvent demander à examiner les données issues de cette recherche en communiquant avec la chercheuse principale.

## **Droit de retrait**

La participation à l'étude se fait sur une base entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison sans préjudice ni conséquence sur vos études ou votre travail. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant, spécifiquement votre questionnaire sociodémographique.

Si vous vous retirez ou êtes retiré de l'étude, veuillez noter que l'enregistrement audio ne pourra être détruit puisque vos propos déjà enregistrés sont reliés aux propos des autres participants.

Les chercheurs se réservent le droit de vous retirer de cette étude en tout moment, notamment si les directives données ne sont pas respectées ou pour toute autre raison jugée valide par ceux-ci.

## **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Laurence Ha, candidate au doctorat en sciences infirmières, par téléphone (514) 343-6111 poste 51472, ou par courriel, [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la conseillère en éthique de la recherche du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) par courriel : [cper@umontreal.ca](mailto:cper@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 1896.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

## Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte aucunement vos évaluations académiques (si vous êtes étudiante) ou votre travail (si vous êtes membre du personnel).

***J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche. L'équipe de recherche m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps d'y réfléchir et a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.***

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

Je désire recevoir **par courriel** des publications réalisées dans le cadre de cette étude

Oui  Non

Si vous avez coché oui, svp indiquer votre adresse courriel

Adresse courriel :

---

# Formulaire d'information et de consentement

## Entretiens individuels – étudiantes

### Titre de l'étude :

« Coconstruction d'activités pédagogiques avec des étudiantes et des professeures pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier »

### CHERCHEUSE PRINCIPALE :

Laurence Ha, inf., M. Sc.  
Candidate au doctorat  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-6111 poste 32649  
laurence.ha@umontreal.ca

### DIRECTRICE DE RECHERCHE :

Jacinthe Pepin, inf., Ph.D.  
Professeure titulaire  
Directrice du Centre d'innovation en  
formation infirmière  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Montréal, Québec  
(514) 343-7619  
jacinthe.pepin@umontreal.ca

### Sources de financement du projet de recherche

Ce projet de recherche est financé par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

### Renseignements généraux

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche mené par Laurence Ha, candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le présent document vise à vous fournir des renseignements sur l'étude avant que vous décidiez ou non d'y participer.



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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse principale et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **Description du projet de recherche**

Le leadership clinique infirmier constitue une compétence centrale de la profession infirmière. Or, peu de moyens sont disponibles pour développer le leadership clinique infirmier des étudiantes infirmières. L'objectif du projet de recherche est de développer des activités pédagogiques pour des étudiantes infirmières qui les aideront à apprendre le leadership clinique infirmier (LCI).

Les activités seront développées par une équipe de travail composée de 5 étudiantes et de 4 professeures et la chercheuse principale. Lorsque le développement des activités sera terminé, elles seront mises à l'essai dans le programme de baccalauréat – formation initiale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Des membres du personnel enseignant de la FSI réaliseront la mise à l'essai auprès d'étudiantes de 1<sup>re</sup> année de baccalauréat en sciences infirmières. Après la mise à l'essai, entre 39 et 63 étudiantes de 1<sup>re</sup> année et entre 10 et 16 membres du personnel enseignant seront invitées à évaluer les activités durant des entretiens de groupe et des entretiens individuels. À la fin du projet, l'équipe de travail sera invitée à échanger sur leur expérience de collaboration.

Nous souhaitons que les activités développées lors de ce projet de recherche aident les étudiantes à apprendre le leadership clinique infirmier.

Le présent formulaire vise à vous informer sur votre participation à l'étude **en tant que participante à deux entretiens individuels**.

## **Nature, durée et conditions de la participation**

La collecte de données de cette étude durera 1 an et 1 mois au total. Votre participation est demandée à deux moments précis durant cette période. Comme participante à la recherche, vous serez appelés à assister à deux (2) entretiens individuels entre avril 2015 et novembre 2015.

Il y aura une animatrice durant les entretiens. L'animatrice sera la chercheuse principale ou une assistante dûment formée. Chacun des entretiens durera environ 60 minutes (1h00) et auront lieu dans un local fermé de l'établissement où vous

réalisez vos études à des moments convenus entre vous et la chercheuse principale. Les participantes devront également remplir le questionnaire sociodémographique.

L'animatrice de l'entretien vous demandera de vous exprimer sur différents aspects sur les activités pédagogiques que vous aurez mises à l'essai. Les entretiens seront enregistrés audio et transcrits verbatim (mot pour mot) par la suite.

Pour le 1<sup>er</sup> entretien, il n'y a aucune préparation.

Pour le 2<sup>e</sup> entretien, nous vous demandons d'apporter le travail réflexif que vous aurez réalisé dans le cours SOI1901 – Intégration des apprentissages 1. Durant l'entretien, il se peut que l'animatrice vous demande de vous y référer pour alimenter votre réflexion. En aucun temps, l'animatrice de l'entretien n'aura accès à votre travail. Elle ne peut pas le lire, le commenter ni l'évaluer.

Pour cette recherche, nous vous demandons de :

- De vous présenter à l'heure et à l'endroit convenus pour l'entretien ;
- De respecter les consignes qui vous seront données durant l'entretien ;
- D'amener votre travail réflexif (pour le 2<sup>e</sup> entretien)
- De garder les propos confidentiels.

Pour participer à l'étude, au moment du recrutement, vous devez avoir participé aux mises à l'essai des activités développées dans le cadre de cette étude.

## **Risques et inconvénients**

Les désagréments reliés à la participation à cette étude sont le temps que vous y consacrerez. Le temps de participation est estimé à 60 minutes au total. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer. Devant celle-ci, il se peut que vous ressentiez de la gêne ou de l'anxiété.

Advenant que vous éprouviez une forme de désagrément, vous pouvez cesser votre participation à n'importe quel moment en avisant l'équipe de recherche.

Les données recueillies au cours de cette étude ne seront en aucun cas utilisées à des fins d'évaluation de compétence dans votre programme de formation.

## **Avantages et bénéfices**

Vous ne retirerez probablement aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Votre participation contribuera au développement de nouvelles activités pédagogiques sur le LCI.

## **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation au titre de votre participation à cette étude.

## **Diffusion des résultats**

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche en vous fiant aux coordonnées sur la première page de ce formulaire. Vous pouvez aussi demander que les publications en lien avec ce projet vous soit envoyé par courriel.

Les résultats seront consignés dans une thèse doctorale, pourront être publiés dans des articles scientifiques et présenter lors de congrès, mais votre identité restera confidentielle. Toute information qui permettrait de vous identifier sera enlevée des écrits et lors de présentations orales ou par affiche.

## **Protection de la confidentialité**

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Seuls les chercheurs auront accès à ces données. L'utilisation de système de codification et l'utilisation de pseudonyme préservera votre anonymat et aucun résultat ne pourra être utilisé pour vous identifier ou pour évaluer votre rendement. Les enregistrements audio et les transcriptions seront conservés dans un lieu sûr, c'est-à-dire, dans un classeur sous clé, réservé à cet effet dans le bureau de la chercheuse principale, Madame Laurence Ha, situé à l'Université de Montréal. Elles seront gardées tout au plus pour une durée de 7 ans après quoi elles seront détruites : toutes les copies des données numériques (enregistrements) seront effacées et les documents papier seront déchiquetés.

Vous avez aussi des droits d'accès à votre dossier de recherche et ce, à des fins de consultation ou de modifications éventuelles.

À des fins de contrôle et de surveillance de la qualité de la recherche, certains organismes de recherche, d'organismes gouvernementaux ou de comités d'éthique peuvent demander à examiner les données issues de cette recherche en communiquant avec la chercheuse principale.

## **Droit de retrait**

La participation à l'étude se fait sur une base entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison sans préjudice ni conséquence sur vos études. Vous avez simplement à aviser la chercheuse principale et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données vous concernant. Le questionnaire sociodémographique, l'enregistrement audio de votre entretien et la transcription seront détruits.

Les chercheurs se réservent le droit de vous retirer de cette étude en tout moment, notamment si les directives données ne sont pas respectées ou pour toute autre raison jugée valide par ceux-ci.

## **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Laurence Ha, candidate au doctorat en sciences infirmières, par téléphone (514) 343-6111 poste 32649, ou par courriel, [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter la conseillère en éthique de la recherche du Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) par courriel : [cper@umontreal.ca](mailto:cper@umontreal.ca) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 1896.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

## Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte aucunement vos évaluations académiques (si vous êtes étudiante) ou votre travail (si vous êtes membre du personnel).

***J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche. L'équipe de recherche m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps d'y réfléchir et a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.***

---

Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

---

Signature du participant

Date :

Je désire recevoir **par courriel** des publications réalisées dans le cadre de cette étude

Oui  Non

Si vous avez coché oui, svp indiquer votre adresse courriel

Adresse courriel :

---

## Annexe K

### Matériel pédagogique de l'intervention coconstruite

#### ACTIVITÉ EN CLASSE :

#### CONSIGNES AUX ÉTUDIANTES

Cet atelier vise à travailler spécifiquement deux compétences du programme. L'atelier comporte deux parties, chaque partie permettant de développer une compétence spécifique du programme.

La première partie de l'atelier sur le travail d'équipe permet d'initier l'étudiante à la compétence *Collaborer dans des équipes professionnelles* qui se définit ainsi :

*Favoriser l'action concertée des équipes intra et interprofessionnelle et de la Personne dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins. Apporter une vision infirmière des soins au sein des équipes intra et interprofessionnelle à partir d'échanges sur les connaissances issues de sources cliniques, scientifiques et disciplinaires variées.*

La deuxième partie de l'atelier concerne la compétence *Exercer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière* qui se définit ainsi:

*Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.*

Horaire de l'atelier		
AM	PM	Activités
08h30-08h50	13h00-13h20	Introduction au travail d'équipe et Activité 1
08h50-09h10	13h20-13h40	Importance des rôles
09h10-09h50	13h40-14h20	Activité 2 et retour
09h50-10h10	14h20-14h40	Pause de 20 minutes
10h10-10h35	14h40-15h05	Activité 3 et retour
10h35-11h00	15h05-15h30	Activité 4 et retour
11h00-11h15	15h30-15h45	Contrat

## ACTIVITÉS 3 ET 4: PRÉAMBULE

Les activités 3 et 4 du présent atelier ont été développées dans le cadre d'une recherche<sup>15</sup> menée par Laurence Ha, étudiante au doctorat en sciences infirmières. Les activités 3 et 4 ont été développées **pour** des étudiantes **par** des étudiantes dans le but d'aider le développement de votre leadership clinique infirmier.

Ces activités sont le fruit du travail de 5 étudiantes de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> année du programme de baccalauréat initial de la Faculté et de 4 professeurs de la Faculté.

Puisque ces deux activités sont nouvelles dans le programme, nous sommes intéressées à recevoir tout commentaire de la part des étudiantes en vue de les améliorer. Pour partager vos commentaires sur les activités, contactez Laurence Ha par courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca). En donnant votre opinion sur ces activités, vous devenez éligibles à un **tirage pour la chance de gagner un des trois certificats cadeaux d'une valeur de 50\$ chez BestBuy, Itunes ou Jean-Coutu.**

Pour plus d'informations, veuillez-vous référer à la lettre de participation.

---

<sup>15</sup> Cette étude a reçu les approbations scientifique et éthique requises.

### **ACTIVITÉ 3 : MA VISION DU LEADERSHIP CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE**

CONSIGNES : Chaque équipe choisit une **animatrice** et une **secrétaire**.

La secrétaire qui a été choisie ou qui s'est portée volontaire prend des notes pour l'ensemble de l'équipe. Elle doit prendre les notes sur un média qui permet à chaque membre de l'équipe de voir ce qui est pris en note.

#### **Le rôle de la secrétaire**

- Le rôle de la secrétaire est d'aider les participantes à suivre le déroulement de la rencontre ou d'une situation qu'ils sont en train d'analyser sans avoir à noter ce qui se dit. La secrétaire travaille sur un média qui permet à chacun de voir ce qui est inscrit (ex. tableau blanc, grande feuille ou ordinateur branché à un projecteur). Cette façon de travailler permet aux participantes de proposer des corrections et de garder les informations sur lesquelles le groupe est d'accord.
- La secrétaire doit demeurer attentive aux discussions, comprendre les propos et les idées des participantes, écrire des mots qui représentent les idées des participantes, reformuler et résumer les idées en quelques mots-clés seulement.

Chaque équipe d'étudiantes est invitée à faire une séance de remue-méninges sur ce que représente le leadership clinique infirmier (LCI). Les équipes peuvent formuler une phrase qui définit le LCI ou faire une liste d'éléments auxquels ils pensent pour définir le LCI. En lien avec leur définition du LCI ou leurs éléments de définition, les étudiantes sont invitées à répondre à la question suivante :

- Quelle est votre vision d'une infirmière qui fait preuve de leadership clinique lorsqu'elle soigne des patients ?



## ACTIVITÉ 4 : EXEMPLES ET CONTRE-EXEMPLES DE LCI

Rappel de la définition du leadership clinique infirmier

*Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.*

*Plus spécifiquement*

***À la fin de sa première année :***

*L'étudiante crée des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porte un regard sur sa pratique et reconnaît la présence de leadership dans le rôle de l'infirmière clinicienne.*

Vidéo 1 : Ce qu'Émilie doit faire pour démontrer du LCI

Mes notes

Vidéo 2 : Ce qu'Émilie doit faire pour démontrer du LCI

Mes notes

## **Invitation à participer à une étude doctorale – Étudiantes**

Bonjour,

Je m'appelle Laurence Ha. Je suis étudiante au doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Vous allez participer à un atelier sur le travail en équipe et sur le leadership clinique infirmier (LCI) dans le cadre du cours SOI1802. L'atelier est divisé en deux parties, une première partie portant sur le travail en équipe et une deuxième partie, portant sur le LCI.

Dans le cadre de ma recherche, je veux connaître votre opinion sur l'atelier. Votre opinion est importante pour moi. Elle permettra à votre programme d'études de s'améliorer pour mieux répondre aux besoins des étudiants et étudiantes.

Je cherche des étudiantes qui accepteraient de participer soit à un (1) entretien de groupe d'une durée de 90 minutes **ou** à un (1) entretien individuel d'une durée de 60 minutes.

Si vous décidez de participer à cette étude, votre nom sera mis dans un tirage qui vous donnera la chance de gagner un des trois certificats cadeaux suivants : 50\$ chez Best Buy, 50\$ Itunes ou 50\$ chez Jean-Coutu.

Durant l'entretien de groupe, vous discuterez avec 4 à 7 autres collègues étudiantes.

Durant l'entretien individuel, vous discuterez avec une seule autre personne.

Je réalise ma recherche sous la supervision de Jacinthe Pepin, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Soyez assurés que la présente étude a été évaluée par un comité scientifique et le Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) de l'Université de Montréal.

Si vous avez des questions sur l'étude, n'hésitez pas à m'écrire un courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca) ou m'appeler au 514-343-6111 #32649.

Pour participer à l'étude, vous pouvez m'écrire un courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca) ou m'appeler au 514-343-6111 #32649.

## ACTIVITÉ EN CLASSE :

### CONSIGNES AUX TUTRICES

Cet atelier vise à travailler spécifiquement deux compétences du programme. Il est important que la tutrice souligne le fait que l'atelier comporte deux parties, chaque partie permettant de développer une compétence spécifique du programme.

La première partie de l'atelier sur le travail d'équipe permet d'initier l'étudiante à la compétence *Collaborer dans des équipes professionnelles* qui se définit ainsi :

*Favoriser l'action concertée des équipes intra et interprofessionnelle et de la Personne dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins. Apporter une vision infirmière des soins au sein des équipes intra et interprofessionnelle à partir d'échanges sur les connaissances issues de sources cliniques, scientifiques et disciplinaires variées.*

La deuxième partie de l'atelier concerne la compétence *Exercer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière* qui se définit ainsi:

*Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.*

Cette deuxième partie de l'atelier fait partie d'une recherche doctorale menée par Laurence Ha. Il est important que les étudiantes soient informées que les activités 3 et 4 du présent atelier sont en lien avec le leadership clinique infirmier et proviennent de ce projet de recherche.

Le **guide de l'étudiant** contient une lettre de participation au projet de recherche. Comme tutrice, vous n'avez pas à répondre aux questions concernant l'étude (ex. échantillon, modalités d'évaluation de l'activité, etc.). Si les étudiantes ont des questions, les tutrices doivent les référer à la lettre de participation au projet de recherche. Les questions des étudiantes concernant l'étude peuvent être envoyées par courriel à Laurence Ha dont les coordonnées se retrouvent dans la lettre de participation. Comme **tutrices**, vous serez également sollicités pour donner vos commentaires sur les activités en lien avec le LCI (activités 3 et 4 du présent atelier). Une lettre de participation au projet de recherche est annexée à ce guide du tuteur.

<b>Horaire</b>		
<b>AM</b>	<b>PM</b>	<b>Activités</b>
08h30-08h50	13h00-13h20	Introduction au travail d'équipe et Activité 1
08h50-09h10	13h20-13h40	Importance des rôles
09h10-09h50	13h40-14h20	Activité 2 et retour
09h50-10h10	14h20-14h40	Pause de 20 minutes
10h10-10h35	14h40-15h05	Activité 3 et retour
10h35-11h00	15h05-15h30	Activité 4 et retour
11h00-11h15	15h30-15h45	Contrat

### **9H50 OU 14H20 PAUSE (20 MINUTES)**

Il est important que le tuteur installe le portable durant la pause pour préparer la projection des vidéos. Les vidéos à présenter auront un libellé « Vidéo 1 » et « Vidéo 2 ». Le tuteur fait jouer le début (environ 10 secondes de chacune des vidéos) pour vérifier que le son fonctionne. Il est important que les vidéos soient jouées dans le bon ordre.

S'il y a un problème, la tutrice peut appeler le point de service technique (PST) du pavillon ou Laurence Ha au poste #32649.

---

## **10H10 OU 14H40 INTRODUCTION AUX ACTIVITÉS 3 ET 4 : LE LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER (5 MINUTES)**

La tutrice demande aux étudiants de faire la lecture du préambule de l'activité qui est à la page 3 de leur guide d'étudiant.

Les activités 3 et 4 du présent atelier ont été développées dans le cadre d'une recherche<sup>16</sup> menée par Laurence Ha, étudiante au doctorat en sciences infirmières. Les activités 3 et 4 ont été développées **pour** des étudiantes **par** des étudiantes dans le but d'aider le développement de votre leadership clinique infirmier. Ces activités sont le fruit du travail de 5 étudiantes de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> année du programme de baccalauréat initial de la Faculté et de 4 professeurs de la Faculté.

Puisque ces deux activités sont nouvelles dans le programme, nous sommes intéressées à recevoir tout commentaire de la part des étudiantes et des tutrices en vue de les améliorer. Pour partager vos commentaires sur les activités, vous êtes invitées à vous référer à la lettre de participation et à contacter Laurence Ha par courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

## **10H15 OU 14H45 ACTIVITÉ 3 : MA VISION DU LEADERSHIP CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE (10 MINUTES)**

**BUT** : Explorer les différentes significations du leadership clinique infirmier (LCI) pour les étudiantes

**CONSIGNES** : Chaque équipe choisit une **animatrice** et une **secrétaire**. Dans l'activité 1, les étudiantes ont appris sur le rôle de l'animatrice et de la participante. L'activité 3 introduit le rôle de la **secrétaire**.

Le ou la secrétaire qui a été choisie ou qui s'est portée volontaire prend des notes pour l'ensemble de l'équipe. Elle doit prendre les notes sur un média qui permet à chaque membre de l'équipe de voir ce qui est pris en note.

### **Le rôle de la secrétaire**

- Le rôle de la secrétaire est d'aider les participantes à suivre le déroulement de la rencontre ou d'une situation qu'ils sont en train d'analyser sans avoir à noter ce qui se dit. La secrétaire travaille sur un média qui permet à chacun de voir ce qui est inscrit (ex. tableau blanc, grande feuille ou ordinateur branché à un projecteur). Cette façon de travailler permet aux participantes de proposer des corrections et de garder les informations sur lesquelles le groupe est d'accord.

---

<sup>16</sup> Cette étude a reçu les approbations scientifique et éthique requises.

- La secrétaire doit demeurer attentive aux discussions, comprendre les propos et les idées des participantes, écrire des mots qui représentent les idées des participantes, reformuler et résumer les idées en quelques mots-clés seulement.

Chaque équipe d'étudiantes est invitée à faire une séance de remue-méninges sur ce que représente le leadership clinique infirmier (LCI) pour elles. Les équipes peuvent formuler une phrase qui définit le LCI ou faire une liste d'éléments auxquels ils pensent pour définir le LCI. La tutrice invite les étudiants à mettre toutes les idées qui leur viennent sur papier. En lien avec leur définition du LCI ou leurs éléments de définition, les étudiantes sont invitées à répondre à la question suivante :

- Quelle est votre vision d'une infirmière qui fait preuve de leadership clinique lorsqu'elle soigne des patients ?

### **10H25 OU 14H55 RETOUR SUR L'ACTIVITÉ 3 (10 MINUTES)**

La tutrice :

- Demande à chaque équipe de présenter sa définition ou ses éléments de définition
- Fait des liens entre les définitions des équipes en faisant ressortir les éléments communs
- Si la tutrice a le temps, elle peut explorer d'où proviennent les idées des étudiantes : « qu'est-ce qui vous a fait penser à cela ? »

La tutrice présente la définition de la compétence LCI du référentiel de compétences (les étudiantes ont ce même encadré à la page 5 du guide de l'étudiant):

*Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.*

***À la fin de sa première année :***

*L'étudiante crée des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porte un regard sur sa pratique et reconnaît la présence de leadership dans le rôle de l'infirmière clinicienne.*

Elle fait des liens avec les définitions des étudiantes :

- Ont-elles parlé d'influence ? Comment parlent-elles d'influence ? Influence AVEC, AUPRÈS ou POUR le bien-être du patient ou à l'inverse, influence SUR les autres ?
- Ont-elles parlé d'objectif commun (dans le cadre de la définition, la sécurité des patients et la qualité des soins est l'objectif commun poursuivi)
- Ont-elles parlé de leurs pairs ou d'équipe ?
- Ont-elles parlé de leaders désignés ?

Question aux étudiantes :

- Comment chacun des membres de l'équipe a démontré du leadership durant l'atelier ?

**IMPORTANT : la tutrice est invitée à présenter des exemples de leadership clinique infirmier provenant de sa pratique clinique. Ces exemples sont très appréciés par les étudiants.**

Tenter de montrer aux étudiantes que ce n'est pas seulement l'animateur ou une personne désignée qui peut exercer du leadership.

### **10H35 OU 15H05 ACTIVITÉ 4 : EXEMPLES ET CONTRE-EXEMPLES DE LCI (25 MINUTES)**

Deux vidéos ont été réalisées pour cet atelier. Les deux vidéos montrent une étudiante lors de situations de soins durant un stage. Les deux vidéos présentent chacune un exemple et un contre-exemple de LCI et sont organisées en trois parties : une mise en contexte, un dénouement où l'étudiante exprime du LCI et un dénouement où l'étudiante n'exprime pas du LCI.

En lien avec le référentiel de compétences,

**Vidéo 1 :** Cette vidéo a pour but de montrer une étudiante infirmière en train d'établir une **relation de confiance** avec une patiente enceinte. L'étudiante porte aussi un **regard sur sa pratique** en questionnant ce que l'autre intervenant de la santé lui dit.

**Vidéo 2 :** Cette vidéo a pour but de montrer une étudiante infirmière en train **d'établir une relation de confiance** avec la Personne et de **faire preuve d'ouverture** face à la réalité du patient.

#### **Consignes aux tutrices pour chacune des vidéos :**

La tutrice montre d'abord la première partie de la vidéo (la mise en contexte), il y aura un fondu noir pour marquer la fin de la mise en contexte. À ce moment, la tutrice doit mettre la vidéo sur pause. La vidéo arrête alors que l'étudiante stagiaire a une décision à prendre.

Elle pose la question suivante, au groupe, après la mise en contexte :

- Si Émilie (l'étudiante stagiaire dans la vidéo) veut démontrer du leadership clinique infirmier, que doit-elle faire ? Qu'est-ce qui vous fait penser cela ?

Elle fait discuter les étudiantes en grand groupe.

Elle fait jouer les deux dénouements qui sont l'un à la suite de l'autre: l'exemple de LCI et le contre-exemple.

**Pour la vidéo 1 :** La tutrice amène les étudiantes à souligner les nuances dans la vidéo, dont : 1) le fait que l'étudiante décide de pousser plus loin sa recherche sur la plaie sans toutefois confronter l'autre intervenant de la santé devant la patiente ; 2) sa remise en question est aussi basée sur différentes sources scientifiques ; 3) elle se réfère à quelqu'un d'expérience lorsqu'elle n'est pas certaine.

**Pour la vidéo 2 :** La tutrice amène les étudiantes à souligner les nuances dans la vidéo, dont : 1) même si l'étudiante veut répondre aux exigences de son stage, elle reconnaît l'importance de la *Personne*



## Invitation à participer à une étude doctorale – Personnel enseignant

Bonjour,

Je m'appelle Laurence Ha. Je suis étudiante au doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Vous allez animer un atelier sur le travail en équipe/le leadership clinique infirmier (LCI). L'atelier est divisé en deux parties, une première partie portant sur le travail en équipe et une deuxième partie, portant sur le LCI. Cette **deuxième partie** de l'atelier a été développée dans le cadre de ma recherche doctorale en collaboration avec des étudiantes du programme de baccalauréat initial et des professeurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est composée de deux activités pédagogiques portant sur le LCI (activités 3 et 4 de l'atelier).

Dans le cadre de ma recherche, je veux connaître votre opinion sur ces deux activités. Je cherche des membres du personnel enseignant qui accepteraient de participer à un (1) entretien de groupe d'une durée de 90 minutes.

Durant cet entretien, vous discuterez avec 3 à 7 autres collègues membres du personnel enseignant (tutrices).

Je réalise ma recherche sous la supervision de Jacinthe Pepin, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI).

Soyez assurés que la présente recherche a été évaluée par un comité scientifique et le Comité plurifacultaire en éthique de la recherche (CPER) de l'Université de Montréal.

Si vous avez des questions sur l'étude, n'hésitez pas à me contacter au 514-343-6111 #32649 ou m'écrire un courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

Pour participer à l'étude, vous pouvez me contacter au 514-343-6111 #32649 ou m'écrire un courriel à [laurence.ha@umontreal.ca](mailto:laurence.ha@umontreal.ca).

## Journal d'apprentissage #2

**Définition de la compétence «Exercer du *leadership* clinique infirmier dans la pratique professionnelle infirmière (LCI)» :** Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.

**À la fin de sa première année :**

L'étudiante crée des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porte un regard sur sa pratique et reconnaît la présence de *leadership* dans le rôle de l'infirmière clinicienne.

**Nom de l'étudiante :**

**Date :**

**Canevas du journal :**

- Dans un premier temps, décrire une situation dont vous avez été témoin où une infirmière (autre que votre monitrice) a fait preuve de *leadership* clinique infirmier.
- Dans un deuxième temps, décrire :
  - Quelles ont été les actions (paroles, interventions) qui démontrent son influence ?
  - Auprès de qui ? (patients, pairs, famille, équipe multidisciplinaire, etc)
  - Quelles ont été les caractéristiques de la personne (*leader*) que vous avez observée ?
  - Comment la qualité des soins peut-elle être influencée par les interventions de cette infirmière ?

**Pratique réflexive :**

- Comment l'observation de cette situation influence votre future pratique professionnelle ?
- Comment avez-vous démontré votre LCI durant le stage actuel (SOI1712) ?

**Commentaires de la monitrice :**

---

---

---

---

---

---

**CORRIGÉ**  
**(Pistes de réflexions)**

**Définition de la compétence «Exercer du *leadership* clinique infirmier dans la pratique professionnelle infirmière (LCI)» :** Exercer de l'influence avec et auprès de la Personne, des collègues et dans le contexte de soins et des services pour optimiser la santé, la sécurité des personnes et la qualité des soins et des services.

**À la fin de sa première année :**

L'étudiante crée des liens de confiance avec la Personne vivant des expériences de santé, en faisant preuve d'ouverture face aux opinions des autres, porte un regard sur sa pratique et reconnaît la présence de *leadership* dans le rôle de l'infirmière clinicienne.

<b>Nom de l'étudiante :</b>	<b>Date :</b>
<b>Canevas du journal :</b>	
- <u>Dans un premier temps</u> , décrire une situation dont vous avez été témoin où une infirmière (autre que votre monitrice) a fait preuve de <i>leadership</i> clinique infirmier.	
- <u>Dans un deuxième temps</u> , décrire :	
• Quelles ont été les actions (paroles, interventions) qui démontrent son influence ?	
• Auprès de qui ? (patients, pairs, famille, équipe multidisciplinaire, etc)	
• Quelles ont été les caractéristiques de la personne ( <i>leader</i> ) que vous avez observée ?	
<b>Quelques exemples : - à l'écoute du patient, observe, donne suite à son questionnement, intervient de façon appropriée (analyse de la situation), cherche l'information, prend en considération la Personne, entraide (soutien)</b>	

**à ses collègues, effet d'entraînement vers les meilleures pratiques (ex : l'élaboration de PTI) etc.**

- Comment la qualité des soins peut-elle être influencée par les interventions de cette infirmière ?

**Si évaluation adéquate d'une situation, meilleurs seront les soins, meilleur état de santé ou de bien-être tout dépendamment la situation**

**Pratique réflexive :**

- Comment l'observation de cette situation influence votre future pratique professionnelle ?
- Comment avez-vous démontré votre LCI durant le stage actuel (SOI1712) ?

**Commentaires de la monitrice :**

---

---

---

---

---

---

---

---