

Université de Montréal

Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières  
bachelières nouvellement diplômées.

par Sara Alami Hassani

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présentée  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières  
Option : formation en sciences infirmières

Octobre, 2019

© Sara Alami Hassani, 2019

Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières  
bachelières nouvellement diplômées.**

Présenté par

**Sara Alami Hassani**

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

**Johanne Déry**

Président- rapporteur

**Jacinthe Pepin**

Directrice de recherche

**Louise Boyer**

Membre du Jury

## Résumé

Dans le système de santé québécois, il est attendu des infirmières qu'elles développent et démontrent un niveau élevé de leadership clinique infirmier [LCI] dans leur pratique. En effet, des auteurs soutiennent que le développement de cette compétence est primordial à l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Goudreau, Pepin, et al., 2015; Stanley et Stanley, 2018). D'autres soutiennent que l'exercice du LCI présente un important défi pour les infirmières nouvellement diplômées [IND] qui continuent d'apprendre à prioriser, à organiser les soins et à déléguer (Benner, 2001; Ekström et Idvall, 2015).

Une recension des écrits sur le LCI des IND n'a permis d'identifier que cinq recherches-clés. Elles portent sur le processus de développement du LCI (Pepin et al., 2011), ainsi que sur les moyens de soutenir ce développement et l'exercice de cette compétence en milieux cliniques (Chappell, & Richards, 2015 ; Ekström et Idvall, 2015 ; Larue et al., 2013 ; Won, 2015). À notre connaissance, seules une recension systématique (Chappell et Richards, 2015) et quatre études qualitatives (Ekström et Idvall, 2015 ; Larue et al., 2013 ; Pepin et al., 2011 ; Won, 2015) se seraient intéressées à l'exercice du LCI spécifiquement chez des IND. Ces articles illustrent les difficultés rencontrées très tôt dans la pratique des IND. Le développement et l'exercice du LCI permettent aux infirmières de faire face à l'exercice de leur rôle professionnel et ultimement à l'amélioration de la qualité de la prestation de leurs soins.

Afin de mieux comprendre comment les IND exercent cette compétence auprès des patients, ce mémoire de recherche, publié par article, s'intéresse au parcours expérientiel du LCI chez des IND. Grâce et à une posture épistémologique constructiviste (Guba et Lincoln, 1994), cette étude descriptive interprétative (Thorne, 2016) avait comme but de décrire le parcours expérientiel de l'exercice de cette compétence infirmière à travers la première année de pratique professionnelle. De plus cette étude avait comme autre objectif d'identifier les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de cette compétence chez les infirmières bachelières nouvellement intégrées dans le milieu professionnel. Pour y arriver, le cadre de référence de cette étude reposait essentiellement sur le modèle de développement de l'expertise professionnelle (Benner, 2001), ainsi que sur la notion d'individuation au travers des parcours de vie, élaborée par Carpentier et White (2013)

Grâce à un échantillonnage de convenance, huit infirmières ayant respectivement 1, 5 (n=2), 6 (n=3), 10 ou 11 mois de pratique clinique, ont été recrutées dans un centre hospitalier universitaire francophone. Des entretiens semi-dirigés d'une durée de 45 à 60 minutes ont été effectués. Une analyse de contenu thématique (Thorne, 2016) selon la méthode proposée par Paillé et Mucchielli (2016) a été réalisée. Les résultats indiquent que pour les IND le LCI est difficile à exercer durant les premiers mois de pratique clinique. Néanmoins, l'exercice de cette compétence s'avère évolutif et exponentiel à l'expérience clinique. Sur une trajectoire de 12 mois, les IND décrivent cinq manières cumulatives d'exercer leur LCI dans leur pratique clinique au chevet des patients, soit par 1) le maintien d'une qualité des soins optimale ; 2) la collaboration et la communication efficace avec les équipes inter et intra professionnelle 3) l'adoption du rôle de précepteur clinique ; 4) l'implication professionnelle au-delà des soins aux patients 5) la consultation des résultats scientifiques à des fins d'amélioration des pratiques. De plus, celles-ci identifient différents facteurs facilitants et contraignants l'exercice de cette compétence. Ces facteurs se regroupent dans trois grandes catégories, soit : 1) les équipes de soins, 2) les quarts de travail, ainsi que 3) les ressources.

Cette étude contribue au développement des connaissances sur le LCI et fournit des pistes quant aux stratégies permettant d'appuyer l'exercice de cette compétence critique au sein de la pratique infirmière. Les IND sont une ressource précieuse « et tout devrait être mis en œuvre pour améliorer la rétention des effectifs et réduire le roulement de personnel de ce segment important de la main-d'œuvre infirmière » (Fallatah, Laschinger et Read, 2017, p. 173, traduction libre). Ainsi, de nombreuses pistes de réflexion ont été proposées pour la pratique, la recherche, ainsi que la formation.

**Mots clés :** Leadership clinique infirmier ; parcours expérientiel ; infirmière nouvellement diplômée ; étude descriptive qualitative.

## Study summary

In the Quebec health system, nurses are expected to develop and demonstrate high level of clinical nursing leadership (CNL) in their practice. In fact, researchers argue that the development of this competency is essential to optimizing the quality of patient care and patient safety (Goudreau, Pepin & al., 2015; Stanley & Stanley, 2017). Other researchers argue that the exercise of CNL presents a significant challenge for newly graduated nurses (NGN) who are still trying to learn how to prioritize, organize and delegate care (Benner, 2001; Ekström & Idvall, 2015).

We found only five key research studies from our review of the CNL of new graduated nurses. They focus on the development process of this competency (Pepin & al., 2011), as well as ways to support this development and exercise it in clinical settings (Chappell & Richards, 2015, Ekström & Idvall, 2015, Larue & al., 2013, Won, 2015). To our knowledge, a systematic review (Chappell & Richards, 2015) and only four qualitative studies (Ekström & Idvall, 2015; Larue & al., 2013; Pepin & al., 2011; Won, 2015) have focused on CNL practice in NGNs specifically. The literature provides an understanding of the development of this nursing competency, with landmarks of its exercise, but remains silent regarding the pathways of its exercise. In order to better understand and complement the existing research, this qualitative interpretive descriptive study (Thorne, 2016) based on a constructivist epistemological theory (Guba & Lincoln, 1994), described the experiential path of exercising CNL among NGNs in their first year of professional practice, including the identification of elements that facilitated or impeded its exercise, from their perspective. The conceptual framework guiding this study encompasses the development of clinical nursing expertise (Benner, 2001) and the notion of individuation through life courses (Carpentier & White, 2013).

Through convenience sampling, eight nurses with respectively 1, 5 (n=2), 6 (n=3), 10 or 11 months of clinical practice, respectively, were recruited from a francophone university hospital center. Semi-structured interviews varying in length from 45 to 60 minutes were conducted with each of the nurses recruited. A content analysis based on themes (Thorne, 2016) according to the method proposed by Paillé & Mucchielli (2016) was carried out. The results indicate that for NGNs, it is difficult to exercise CNL during the first months of practice. However, the exercise of

this nursing competency is evolutionary and exponential to clinical experience. We found that over a 12-month period, NGNs identified five cumulative ways of exercising their CNL in their bedside clinical practice, either by 1) maintaining an optimal level of quality of their patient care; 2) collaboration and effective communication with the care team; 3) adopting the role of clinical preceptor; 4) professional involvement beyond the patient care; 5) improving practices through consulting scientific evidence. In addition, we identified various factors facilitating and impeding the exercise of their CNL. In all, these advanced-beginner nurses identified four facilitating factors and five impeding factors. We conclude that the influence of organizational contexts and institutional cultures plays a role in the exercise of this particular leadership competency at the beginning of clinical practice is present. These factors are grouped into three main themes: 1) teams; 2) shifts and 3) resources.

We believe that this study contributes greatly to the literature and provides insights into strategies to support the practice of this critical competency in nursing practice. In addition, we hope that this study will serve as a guide for health institutions in adopting strategies that support the exercise of CNL in the nursing field. NGNs are a valuable resource “and every effort should be made to improve retention and reduce turnover of this important segment of the nursing workforce” (Fallatah, Laschinger & Read, 2017, p. 173). Thus, many recommendations have been proposed for practice, research, as well as education.

**Keywords:** Clinical nursing leadership; experiential path; newly graduated nurses; qualitative descriptive study.

## Table des matières

Résumé .....	1
Study summary .....	3
Liste des tableaux .....	8
Liste des figures.....	9
Liste des sigles et des abréviations.....	10
Remerciements .....	12
CHAPITRE 1 .....	13
La problématique.....	13
Le but de l'étude.....	19
Les questions de recherche.....	19
CHAPITRE 2 .....	20
La recension des écrits .....	20
Le cadre de référence .....	21
Modèle de développement de l'expertise professionnelle .....	21
La perspective des parcours de vie.....	23
La recension des écrits .....	25
L'infirmière nouvellement diplômée.....	25
Le leadership clinique infirmier .....	32
Facteurs facilitants et contraignants le développement du leadership clinique infirmier .....	43
CHAPITRE 3 .....	46
La méthode.....	46
Étude qualitative descriptive interprétative.....	47
La posture épistémologique.....	48
Le milieu de l'étude.....	48
La population cible et l'échantillon.....	48
Les critères d'inclusion des participantes.....	49
Plan de recrutement des participantes .....	50
Étape 1 : Approcher le milieu spécifique de l'étude .....	50
Étape 2 : Recrutement sur les unités .....	51
Étape 3 : Recrutement virtuel.....	52
Étape 4 : Présence dans le milieu de l'étude et rencontre en personne.....	53
Méthode de collecte et de gestion des données.....	53
Questionnaire de données sociodémographiques.....	53
Entretien semi-dirigé .....	54
Notes d'observation.....	57
Journal de bord .....	57

La gestion des données.....	58
La méthode d'analyse de données.....	58
Tableau I : Exemple de l'identification des ensembles thématiques saillants. ....	59
Tableau II : Exemple d'une construction d'un arbre thématique.....	61
Critères de rigueur scientifique .....	63
Crédibilité.....	63
Transférabilité .....	63
Fiabilité.....	64
Authenticité .....	64
Considérations éthiques.....	65
CHAPITRE 4 .....	67
Résultats .....	67
Introduction à l'article .....	68
The experiential path of exercising clinical nursing leadership among newly graduated nurse: an interpretative descriptive study.....	69
Abstract .....	69
Keywords .....	69
Introduction .....	70
Literature review .....	70
Theoretical underpinnings.....	71
Method .....	72
Results .....	73
Discussion .....	81
Conclusion.....	83
References .....	83
CHAPITRE 5 .....	86
La discussion .....	86
Discussion sur les résultats de l'étude.....	87
Discussion sur la question 1 .....	87
Discussion sur la question 2 .....	90
Les considérations théoriques et méthodologiques.....	92
Limites de l'étude.....	94
Contributions à la discipline infirmière.....	95
Recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	95
Recommandations pour la pratique infirmière et la gestion.....	97
Recommandations pour la formation en sciences infirmières.....	97
Conclusion.....	99
Références .....	100



Liste des appendices.....	111
Appendice A : Représentation graphique des stades d’expertise From Novice to Expert.....	112
Appendice B : Le diagramme de flux décrivant le processus d’identification des articles retenus pour la recension des écrits.....	114
Appendice C : Articles retenus pour la recension des écrits sur le LCI des IND .....	116
Appendice D : Autorisation du comité éthique pour réaliser la recherche .....	122
Appendice E : Planification de la rencontre avec la personne ressource .....	126
Appendice F: Affiche de recrutement affichée sur les réseaux sociaux.....	128
Appendice G : Affiche de recrutement affichée sur les unités de soins.....	130
Appendice H: Lettre pour les ICU, CSS, CSI.....	132
Appendice I : Questionnaire de données sociodémographiques.....	135
Appendice J: Outil de collecte de données.....	137
Appendice K: Formulaire d’information et de consentement .....	140
Appendice L : Outil permettant la conceptualisation du parcours dans le temps .....	147
Appendice M: Formulaire d’engagement à la protection de la confidentialité.....	149
Appendice N : Visualisation de l’arbre thématique conceptualisé sur le logiciel CmapTools	151
Appendice O : Critères de la revue Nurse Education Today .....	154

## Liste des tableaux

Tableau I : Exemple de l'identification des ensembles thématiques saillants.....	59
Tableau II : Exemple d'une construction d'un arbre thématique.....	61
Tableau III : Articles retenus pour la recension des écrits sur le LCI des IND.....	114

### Article 1

Table 1. Information on participants (N=8) .....	73
--	----

## Liste des figures

Représentation graphique des stades d'expertise *From Novice to Expert* .....109

Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles retenus pour la recension des écrits .....112

### Article

Figure 1: The experiential path of clinical nursing leadership (CNL) exercise among newly graduated nurse in their first year of professional practice.....74

Figure 2. Factors influencing clinical nursing leadership exercise among newly graduated nurse in their first year of professional practice.....78

## Liste des sigles et des abréviations

### Sigles et abréviations en français

AIIAO	Association des infirmières et infirmiers associés de l'Ontario
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
BAC	Baccalauréat
CER	Comité éthique de la recherche
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière.
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CRI	Comité de la relève infirmière
DEC	Diplôme d'études collégiales
DSI	Direction des soins infirmiers
FSI	Faculté des sciences infirmières
IC	Infirmières-chefs
ICS	Infirmière conseillère en soins
IDA	Infirmières débutantes-avancées
IND	Infirmières nouvellement diplômées
LCI	Leadership clinique infirmier
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
UdeM	Université de Montréal

### Sigles et abréviations en anglais

ABN	Advanced Beginner nurses
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CINAHL	Cumulative Index for Nursing and Allied Health Sciences
CNL	Clinical nursing leadership
Embase	Excerpta Medica database
ERIC	Education Resources Information Center
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NGN	New graduated nurse
PubMed	Public/Publisher MEDLINE (NLM journal articles database)

*Je dédie ce mémoire à mes parents, à ceux qui ont tout quitté, pour m'offrir une éducation à la hauteur de mes ambitions.*

*« La seule limite à la hauteur de vos réalisations est la portée de vos rêves et votre volonté de travailler dur pour les réaliser ».*

Obama, M. (2008), Convention d'investiture du Parti démocrate des États-Unis.

## Remerciements

J'aimerais témoigner ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin dans la réalisation de mon mémoire de maîtrise. Je tiens tout d'abord à remercier mes merveilleux parents, ainsi que mes frères qui m'ont encouragée, soutenue et qui ont cru en moi. Une grande partie de ce mémoire vous revient.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, madame Jacinthe Pepin, pour m'avoir encadrée, orientée et conseillée. Par sa disponibilité, elle s'est montrée dès notre première rencontre, très intéressée et m'a fortement encouragée dans la réalisation de mes idées. Sa rigueur m'a grandement stimulée et son écoute m'a réconfortée. Mille mercis.

Je tiens aussi à remercier madame Louise Boyer et madame Laurence Ha pour leurs précieux commentaires lors de mon comité d'approbation de maîtrise. Ils m'ont aidée à circonscrire mes idées, à mieux définir certains concepts de mon mémoire et ont alimenté ma réflexion. Un grand merci à madame Louise Boyer et madame Johanne Déry de faire partie de mon jury de mémoire.

La maîtrise m'a permis de rencontrer des personnes extraordinaires qui ont rendu mon parcours académique encore plus stimulant et enrichissant. Je tiens ici à remercier mes nouveaux amis, Lydia, Billy et Christine. Nos fructueuses discussions sur mon projet de recherche et vos encouragements ont facilité ma rédaction. Je vous souhaite de réaliser vos rêves.

Pour terminer, je tiens à remercier l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie [ORIIM], la Direction des affaires internationales et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, l'Équipe FUTUR (FRQSC), le Centre d'innovation en formation infirmière pour la bourse de la succession de madame Julienne-Provost, et le Dr Paul-André-Gauthier, pour leurs généreuses bourses.

## **CHAPITRE 1**

La problématique

## La problématique de recherche

Dans la pratique clinique courante, les infirmières<sup>1</sup> du Québec sont confrontées non seulement à une complexification des soins, mais aussi à des changements organisationnels rapides et majeurs (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2012). Les changements engendrés par les réformes gouvernementales en santé ont eu des répercussions non négligeables sur la pratique clinique de ces dernières. En effet, celles-ci doivent s'adapter au développement accéléré et spécialisé des connaissances en santé, à un rehaussement de la qualité des soins, à une augmentation de la charge de travail, à un élargissement de leur rôle, ainsi qu'à une évolution rapide des technologies (OIIQ, 2012; Sorensen, Iedema et Severinsson, 2008). Sachant que les prédictions effectuées par l'OIIQ annoncent que d'ici 2031, une personne sur quatre sera âgée de 65 ans et plus et que d'ici 2021, 54 % des plus vieux de la catégorie *baby-boomers*, ne seront plus autonome dans la prise en charge de leur santé (OIIQ, 2017) ; il est légitime de croire qu'un nombre croissant de personnes susceptibles d'avoir des problèmes de santé devront être efficacement soignées par des infirmières (Gouvernement du Canada, 2009), notamment en contexte hospitalier.

Face à l'accroissement des besoins de santé de la population vieillissante et diversifiée, et malgré la restructuration du système de santé, il est attendu de toutes les infirmières qu'elles prodiguent des soins de qualité et qu'elles assurent la sécurité des patients (Patrick, Laschinger, Wong et Finegan, 2011). En effet, les systèmes de santé occidentaux misent sur le développement et l'exercice des compétences infirmières pour assurer la sécurité des usagers (Duff, 2013). On entend par compétences, « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22). Le référentiel des compétences du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal identifie les huit compétences que doivent développer et exercer les infirmières dans leur pratique professionnelle, soit : exercer un raisonnement clinique infirmier, agir avec les personnes, familles et communautés en vue de favoriser une population en santé ; assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé ; traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ; agir avec humanisme

---

<sup>1</sup> Le terme infirmière (*er*) est utilisé au féminin, dans l'intégralité du texte, mais il comprend à la fois les hommes et les femmes exerçant cette profession et cela sans discrimination de genre.



selon ne perspective disciplinaire; exercer un raisonnement clinique infirmier; assurer la continuité des soins; collaborer dans les équipes professionnelles; agir avec professionnalisme; favoriser une population en santé, ainsi que démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal [FSI], 2015).

Parmi les compétences de l'infirmière, le leadership clinique infirmier [LCI], dans la pratique professionnelle, est essentiel et semble maximiser la portée du raisonnement clinique (Chappell, 2014; Feldman, 2005; Goudreau, Pepin, et al., 2015). De plus, de nombreux auteurs soutiennent que le développement de cette compétence dans la pratique professionnelle est primordial à l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Brown, Crookes et Dewing, 2015; Goudreau, Pepin, et al., 2015; Patrick et al., 2011; Pepin, Dubois, Girard, Tardif et Ha, 2011; Robin et Noshaba, 2016; Stanley et Stanley, 2018; Wong, Cummings et Ducharme, 2013). Le LCI se définit tel qu'un processus qui s'exprime dans les comportements professionnels des infirmières qui dispensent des soins directs aux patients (Patrick et al., 2011). Ces infirmières sont celles qui, au travers de leur réflexion critique, de l'utilisation de leurs connaissances et de leur expertise, « influencent et mobilisent les patients, les familles, ainsi que les professionnels de la santé dans leurs prestations de soins, et ce, dans l'objectif de dispenser des soins qui visent des résultats bénéfiques pour les patients » (Patrick et al., 2011, p.450, traduction libre). Cette compétence comprend également la capacité de proposer des changements (Casey, McNamara, Fealy et Geraghty, 2011; Swearingen, 2009) et de s'y engager, afin d'influencer le développement des connaissances, d'améliorer la pratique professionnelle (Brown et al., 2015) et de réformer les prestations de soins (Robin et Noshaba, 2016).

De plus, quelle que soit leur nombre d'années d'expérience clinique, et ce, même si elles sont nouvellement diplômées, les infirmières sont tenues d'offrir des « soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2017, p. 4). Le taux d'infirmières nouvellement diplômées [IND] représente désormais plus de 10 % du corps professionnel infirmier dans les hôpitaux (OIIQ, 2017). En 2017, le Rapport statistique sur l'effectif de la relève infirmière publié par l'OIIQ annonce que près de 3412 permis d'exercice ont été délivrés (OIIQ, 2017). La relève infirmière de notre système de santé demeure encore plus nombreuse qu'elle ne l'avait été depuis une quarantaine d'années (OIIQ,

2017). Celle-ci joue un rôle fondamental « dans l'avenir des soins infirmiers, non seulement pour remplacer les professionnels prochainement retraités, mais également, pour assurer la survie de la profession infirmière » (Winfield, Melo et Myrick, 2009, p. 7, traduction libre). Il importe donc que les IND développent et exercent l'ensemble des compétences de leur profession.

Selon une étude américaine du *Nursing Executive Center*, près de 90 % des établissements académiques révèlent que les étudiants en sciences infirmières sont suffisamment et parfaitement préparés à fournir des soins sécuritaires et de qualité aux patients (Li et Kenward, 2006). À l'inverse, seulement 10 % de directions des soins infirmiers estiment que les IND soient réellement disposées à fournir des soins sécuritaires aux patients lorsqu'elles arrivent dans les milieux cliniques (Berkow, Virkstis, Stewart et Conway, 2008). Quant aux IND, les études rapportent que les nombreux changements dans les milieux hospitaliers et la complexification des situations de soins engendrent du stress chez elles (Parker, Giles, Lantry et McMillan, 2014), un sentiment d'être mal préparées à la réalité des soins (Missen, McKenna et Beauchamp, 2014) et des difficultés d'adaptation aux milieux cliniques (Laschinger et al., 2016; Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld et Gold, 2014). De plus, les restructurations et le manque de ressources qu'elles produisent entraînent parfois un manque d'accompagnement des IND lors de la période de transition (Regan, Wong, Laschinger, Cummings, Leiter, MacPhee, Rhéaume, Ritchie, Wolff et Jeffs, 2017). Ces dernières jugeant leur incapacité à répondre aux attentes des milieux de soins cliniques (Phillips, Esterman, Smith et Kenny, 2013; Regan, Wong, Laschinger, Cummings, Leiter, MacPhee, Rhéaume, Ritchie, Wolff et Jeffs, 2017) elles sont nombreuses à envisager de quitter la profession (Leiter, Jackson et Shaughnessy, 2009; Regan, Wong, Laschinger, Cummings, Leiter, MacPhee, Rhéaume, Ritchie, Wolff et Jeffs, 2017).

Dans de telles conditions de vulnérabilité, plusieurs auteurs constatent qu'il est difficile pour les IND, particulièrement celles qui exercent depuis moins d'un an, d'exercer du LCI dans leur pratique clinique (Chappell et Richards, 2015; Ekström et Idvall, 2015; Pepin et al., 2011) et de concevoir l'impact favorable de celui-ci sur la qualité des soins et la sécurité des patients (Berkow et al., 2008; Downey, Parslow et Smart, 2011; Pepin et al., 2011), et ce, malgré la formation reçue. En effet, plusieurs auteurs soutiennent que l'exercice du LCI représente un important défi pour les IND qui continuent d'apprendre à prioriser, à organiser les soins, à déléguer et à collaborer

avec les autres professionnels (Casey et al., 2011; Chappell et Richards, 2015; Dyess et Sherman, 2009; Ekström et Idvall, 2015; Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont, 2013; Pepin et al., 2011; Stanley et Stanley, 2018). D'ailleurs, nous constatons que les recherches portant sur le LCI des IND ont porté jusqu'à présent sur le processus de développement du LCI de novice à experte (Pepin et al., 2011) et sur les moyens de soutenir ce développement en milieu d'enseignement (Brown et al., 2015; Ha et Pepin, 2018) ou en milieux cliniques (Chappell et Richards, 2015; Dyess et Parker, 2012; Dyess et Sherman, 2011; Goudreau, Pepin, et al., 2015). L'expérience des infirmières face au développement ou l'exercice de leur compétence de LCI n'est pas, voire que très peu, explorée dans les écrits scientifiques. À notre connaissance, seulement cinq études qualitatives, dont deux publiées au Québec, une en Corée, une en Suède et une aux États-Unis, s'intéressent au LCI chez les infirmières nouvellement diplômées (Chappell et Richards, 2015; Ekström et Idvall, 2015; Larue et al., 2013; Pepin et al., 2011; Won, 2015). Les auteurs s'entendent pour dire que les IND rencontrent des difficultés quant au développement et à l'exercice de leur LCI en début de pratique clinique. Les IND interrogées disent se sentir abandonnées et expriment qu'elles ne disposent pas d'outils, mis en place par les organisations, leur permettant de discuter des problèmes de leadership rencontrés dans leur pratique clinique infirmière. Ces dernières exprimaient que le fait de se sentir remplaçables, de ne pas être valorisées par les gestionnaires et de ne pas être entendues affectait négativement l'exercice de leur LCI (Ekström et Idvall, 2015). Plusieurs IND ont soulevé un manque de soutien de leur précepteur pour le développement de cette compétence (Pepin et al., 2011). On remarque néanmoins que le fait de poser des questions et d'obtenir de l'aide au besoin favorise la sécurité des patients et renforce le LCI des IND (Ekström et Idvall, 2015). De plus, les IND ont mentionné que la répétition des soins, le degré de stress sur les unités et le manque d'expérience influencent directement et indirectement le développement des compétences de raisonnement clinique et de LCI (Larue et al., 2013). Suite à leur revue systématique des écrits, Chappell et Richards (2015) soutiennent qu'un programme sur le leadership, qui a fait l'objet de quatre études, préalablement suivi lors du processus de transition vers les milieux cliniques, augmenterait considérablement le développement et l'exercice de cette compétence dans la pratique clinique des IND.

Comprendre l'expérience du leadership clinique chez les IND au Québec apparaît une étape importante, afin de créer des interventions de soutien qui soient efficaces. Ainsi, ce mémoire de

recherche vise à décrire le parcours expérientiel (Carpentier et White, 2013) de l'exercice du LCI chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées. Bien que le Modèle Cognitif d'Apprentissage [MCA], développé par Pepin et al. (2011), informe sur le développement de la compétence de LCI, particulièrement sur les apprentissages critiques au stade de l'intégration du LCI dans les actions cliniques, nous ne savons pas quel est le parcours expérientiel des IND dans ce stade ou dans le suivant. Ici, le parcours expérientiel est défini comme une suite chronologique de situations que les participantes choisiront de décrire pour illustrer l'exercice de leur LCI au cours de leur première année de pratique professionnelle. De plus, cette étude s'intéresse aux éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur LCI.

Le cadre de référence de cette étude repose, tout d'abord, sur le modèle de développement de l'expertise professionnelle proposé par l'infirmière Patricia Benner (2001). Cette auteure s'inspire du Modèle d'acquisition des habiletés de Dreyfus et Dreyfus (1980) et l'adapte au développement des habiletés procédurales et du jugement clinique en sciences infirmières, et ce, à partir d'une étude visant à identifier les savoirs encastés dans l'expérience (Benner, 2001). Benner (2001) situe les IND au niveau « débutante avancée », soit des infirmières qui assument l'entière responsabilité légale et professionnelle des soins, et ce, bien qu'elles aient une expérience clinique limitée et une compréhension incomplète des situations (Benner, Tanner et Chesla, 2009). À l'instar de Benner qui a décrit l'expertise clinique à partir de l'agir d'infirmières en situations cliniques, nous souhaitons décrire le LCI à partir de l'expérience clinique d'IND. Ici, l'expérience clinique est inhérente à l'environnement dans lequel ces dernières interagissent et évoluent. Ainsi, pour mieux comprendre la notion de parcours expérientiel, le cadre de référence de ce mémoire comprend également la perspective des parcours de vie et la sociologie de l'individuation, et ce, tel qu'élaborée par Carpentier et White (2013). Le cadre de référence sera décrit dans le prochain chapitre.

## **Le but de l'étude**

Décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

## **Les questions de recherche**

1. Comment des infirmières bachelières nouvellement diplômées décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?
2. Quels sont, selon des infirmières bachelières nouvellement diplômées, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur leadership clinique infirmier ?

## **CHAPITRE 2**

### **La recension des écrits**

Cette section du mémoire décrira le cadre de référence de la recherche et fera état des connaissances actuelles sur l'infirmière nouvellement diplômée, les notions liées à l'exercice du leadership clinique par l'IND, ainsi que les facteurs facilitants et contraignants l'exercice de cette compétence.

### **Le cadre de référence**

Le MCA du LCI, élaboré par Pepin et al. (2011), a été considéré comme cadre de référence pour cette étude, car celui-ci informe sur les apprentissages critiques du LCI dans cinq stades de développement sans situer les IND dans un de ces stades. Le MCA est fondé sur une recherche guidée par le modèle de développement de l'expertise professionnelle de l'infirmière proposé par Patricia Benner (2001). Ainsi, le cadre de référence de notre étude qui porte sur le parcours expérientiel de l'exercice de cette compétence repose sur le modèle plus global de développement expérientiel de l'expertise professionnelle, ainsi que sur la notion d'individuation au travers des parcours de vie, élaborée par Normand Carpentier et Deena White (2013).

### **Modèle de développement de l'expertise professionnelle**

En s'intéressant au modèle d'acquisition des habiletés de Dreyfus et Dreyfus (1980) et en se positionnant dans une vision nouvelle, Benner (2001) reconnaît que les fondements des sciences infirmières s'imprègnent, non seulement, des recherches découlant des théories, mais regroupent aussi les recherches issues de la pratique clinique.

Benner (2001) affirme que l'acquisition des savoirs est itérative et progressive dans le temps et qu'il est nécessaire de construire des stratégies permettant aux infirmières de les intégrer et de les exercer dans leur pratique clinique. Celle-ci ajoute que l'apprentissage est inhérent aux expériences personnelles et professionnelles vécues antérieurement par l'infirmière et se développe par l'intermédiaire d'une formation de base. À cet effet, Benner (2001) postule que le développement de l'expertise émane de l'expérience clinique, et ce, puisque « l'expertise se développe lorsque le clinicien teste et affine des propositions, des hypothèses et des attentes

fondées sur des principes dans des situations de pratique réelles. L'expérience est donc une condition préalable à l'expertise » (Benner, 2001, p. 3, traduction libre).

Dans son livre *From Novice to Expert*, Benner (2001) décrit les cinq stades de développement de l'expertise en sciences infirmières, soit : novice, débutante-avancée, compétente, performante et experte, et ce, tel qu'illustré à l'appendice A. Ces stades, tels que décrits par Benner, illustrent la transition d'une phase à l'autre et le lien entre les différentes phases et l'expérience vécue par les infirmières, durant leur pratique clinique. Chaque stade agit comme pilier fondateur de la phase subséquente (Benner, 2001). De plus, ce modèle dans son ensemble illustre le développement de la pratique infirmière au travers des différents stades, selon l'évolution de l'expertise clinique ainsi que les besoins de formation à adapter à chacun des niveaux (Benner, 2001).

Benner (2001) situe les IND au niveau « infirmière débutante-avancée », soit des infirmières qui assument l'entière responsabilité légale et professionnelle des soins. À travers son modèle, Benner explique qu'une IND est une infirmière diplômée qui intègre nouvellement le milieu clinique, soit le milieu professionnel (Benner et al., 2009). L'IND présente un niveau de performance adéquat et un début de conscience situationnelle. Bien que celle-ci intègre les apprentissages expérientiels dans sa prise de décision, son expérience reste limitée et sa compréhension des situations incomplètes (Benner, 2001). En effet, lorsque l'IND débute en tant que nouvelle professionnelle, celle-ci est très centrée sur l'activité clinique (Benner et al., 2009). Elle tente de respecter et d'appliquer textuellement toutes les règles et les pratiques qui lui ont été enseignées, ce qui peut affecter négativement sa prise de décision. En effet, Benner et al. (2009, p. 49, traduction libre) expliquent qu'en situations cliniques complexes, les IND « ont une capacité minimale à soigner leur patient comme une personne globale », et ce, puisqu'elles considèrent les situations cliniques comme une liste d'actes à poser. Néanmoins, ces IND considèrent les différentes situations cliniques telles que des opportunités d'apprentissages, puisqu'elles leur permettent de faire des liens entre la pratique clinique et la théorie apprise en contexte académique (Benner, 2001).

Pour ce qui est de la vision holistique des patients, les IND éprouvent des difficultés face à la conceptualisation de la trajectoire de soins de leurs patients, et ce, puisqu'elles jonglent entre



l'apprentissage de l'organisation, de la priorisation et de la complétion des différents soins (Benner, 2001). Leur compréhension partielle de la situation globale des patients, ainsi que leur manque de rapidité quant à la réorganisation des connaissances apprises antérieurement nuisent à leur processus de jugement clinique et les amènent à éprouver des difficultés face aux demandes complexes des patients instables (Benner et al., 2009). Ici, Benner et al. (2009) expliquent que lorsque les situations cliniques rencontrées sont nouvelles et imprévisibles, celles-ci désorientent souvent les IND, accentuent leur anxiété, multiplient les difficultés d'adaptation et diminuent leur niveau de responsabilisation en les rendant plus dépendantes des infirmières expertes. En effet, bien qu'elles aient rencontré suffisamment de situations réelles pour être capables de reproduire et d'identifier les facteurs significatifs dans des situations identiques [ce que Dreyfus qualifie « d'aspect de la situation » (Benner, 2001)], elles ont besoin des connaissances de leurs collègues plus expérimentées pour apprendre à prioriser leurs soins, à restructurer leurs connaissances, à identifier les éléments importants des situations et à affiner les modèles préalablement ancrés dans leur mémoire. Le manque d'expérience de l'IND limiterait son processus de réflexion, sa pratique réflexive sur les situations rencontrées et donc le développement de ses compétences (Benner, 2001).

Les travaux de Benner (2001) et de Benner et al. (2009) nous aident à comprendre comment se développe l'expertise clinique chez une population d'IND et inspirent notre recherche empirique pour comprendre le parcours expérientiel de l'exercice d'une compétence dans l'expérience clinique. Ainsi, à l'intérieur d'un stade de développement, ici « débutante-avancée », nous utiliserons la notion de parcours expérientiel pour décrire l'exercice du LCI de l'IND. Cette notion de parcours expérientiel fait l'objet de la prochaine section.

### **La perspective des parcours de vie**

La notion de parcours expérientiel n'est que très peu, voire pas, développée dans les écrits en sciences infirmières. Néanmoins, le concept de parcours est élaboré dans le domaine de la sociologie et se conjugue autour du phénomène de trajectoire. Pour mieux définir le concept de parcours expérientiel, l'étudiante chercheuse s'est inspirée de l'étude sur l'application de la

perspective des parcours de vie chez les aidants naturels des personnes atteintes de démence de type Alzheimer élaborée par Normand Carpentier et Deena White (2013).

Le parcours se définit tel qu'une trajectoire de transition (Carpentier et White, 2013). Dans le cadre professionnel, le parcours expérientiel pourrait regrouper l'ensemble des étapes, des stades et des phases que traverse la personne, et ce, lors d'un intervalle de temps. Ces trajectoires, qui se modélisent telles que des réalités expérientielles, impliquent des « interactions continues entre le corps, l'[esprit] et le monde social » (Carpentier et White, 2013, p. 281). Il est difficile de décrire le concept de parcours expérientiel, puisque les expériences vécues par la personne se diversifient et se complexifient selon son parcours de vie, ses comportements et son environnement (Carpentier et White, 2013). Ainsi, le parcours expérientiel est un amalgame de situations significatives, ou pas, pour la personne et vécu par celle-ci au dans un intervalle de temps.

L'ancrage paradigmatique du parcours de vie, soit celui exploré par Carpentier et White (2013), regroupe quatre principes d'analyse qui peuvent affecter le parcours individuel de vie. Le premier principe concerne (1) l'interaction entre le temps biographique et le temps historique (Carpentier et White, 2013). Ce principe sous-entend qu'habituellement les individus d'une même cohorte vivent une expérience similaire. Le second principe comprend la notion de (2) temporalité dans les vies. À travers ce principe, Carpentier et White (2013) intègrent le concept de transition, de chronologie et de durée. Le troisième principe renvoie à (3) l'interdépendance des individus et explique que la construction d'une trajectoire de vie se fait grâce aux relations continues entre les individus (Carpentier et White, 2013). Pour terminer, le quatrième principe est celui de (4) l'intentionnalité individuelle qui renvoie au pouvoir d'agir de la personne. Ce pouvoir d'action amène les individus, par le processus réflexif, à construire leur propre parcours de vie (Carpentier et White, 2013).

La notion d'individuation renvoie à la diversification des parcours de vie individuels (Carpentier et White, 2013). Tel que ces auteurs décrivent un parcours de vie, nous comprenons que le parcours expérientiel « s'ancre dans les traditions sociologiques qui reconnaissent le caractère interactif et contingent des environnements dans lesquels les individus évoluent » (Carpentier et White, 2013, p. 282). En effet, ce principe sous-entend que chaque

parcours est influencé par l'environnement dans lequel l'individu se développe et interagit (Carpentier et White, 2013). Dans une large mesure, et ce, adaptée au contexte de cette étude, la trajectoire expérientielle permettrait à l'IND de participer activement à la construction de ses apprentissages et à l'exercice de ses compétences tout en lui offrant la possibilité de se redéfinir dans son environnement. Cette trajectoire serait « constituée de transitions et d'expériences individuelles » (Carpentier et White, 2013, p. 283) ou les combinaisons et l'enchaînement des événements vécus empreignent significativement sur les trajectoires. Ainsi, selon ce principe d'individuation et selon les expériences subjectives vécues par les participantes, la diversification des parcours nous offre une image plus claire des contextes de pratique clinique, des facteurs organisationnels et culturels, ainsi que des facteurs individuels qui peuvent, ou pas, affecter les parcours expérientiels des IND. Cette notion sera discutée dans le dernier chapitre de ce mémoire.

### **La recension des écrits**

Les thèmes sous-jacents au but seront abordés dans cette recension des écrits, soit l'infirmière nouvellement diplômée, les notions liées à l'exercice du LCI par l'IND, ainsi que les facteurs facilitants et contraignants l'exercice de cette compétence.

### **L'infirmière nouvellement diplômée**

Cette section présentera les études les plus significatives sur l'intégration de l'infirmière nouvellement diplômée dans la pratique professionnelle. Plusieurs études qui portent sur le processus de transition et d'adaptation au nouveau rôle professionnel, ainsi que sur la notion de LCI seront présentées. Pour cette deuxième section un repérage systématique a été effectué.

### **Chronologie des études qui portent sur le processus de transition et d'adaptation au nouveau rôle professionnel de l'IND**

Au début des années 1970, les premiers signes d'urgence d'examiner l'expérience des IND ont fait surface dans les écrits en sciences infirmières (Kramer, 1974). C'est la période d'ajustement au nouveau rôle professionnel vécue comme étant très stressante et de choc de la réalité qui est en cause. Parmi les pionnières qui s'intéressent au processus de transition des IND, Kramer (1974) le définit tel qu'un choc des réalités. Ce dernier fait référence à un écart majeur perçu par les IND

entre ce qui leur a été enseigné et l'expérience de travail qu'elles vivent. Kramer (1974) subdivise et décrit le choc de la réalité en quatre phases distinctes, soit : la phase de lune de miel, le choc, la récupération, ainsi que la résolution. L'auteure modélise ces phases de la manière suivante. En premier lieu l'IND s'anime face à son choix de carrière. Celle-ci s'adapte à l'environnement de travail, apprend à développer ses habiletés techniques et tente de s'intégrer à l'équipe de soins. Ensuite, lorsqu'elle intègre le milieu professionnel, celle-ci vit un « choc de la réalité » au cours duquel elle réalise les différences entre les notions apprises et les nombreux défis de la profession infirmière (Kramer, 1974). Ici, l'IND est surchargée de travail et confrontée à une complexité des soins. Elle comprend qu'elle ne pourra pas nécessairement réaliser rapidement et efficacement toutes les activités demandées, ce qui suscite chez elle beaucoup d'amertume, de colère et d'anxiété (Kramer, 1974). Au cours de la troisième phase, « un sens de perspective sur le rôle professionnel lui-même [commence à se] développer » (Winfield et al., 2009, p. 7, traduction libre). La dernière phase de résolution fait référence à la capacité de l'IND à déployer son identité professionnelle (Kramer, 1974). On remarque que même 45 ans plus tard, le choc des réalités et les quatre phases qui le subdivisent restent d'actualité dans les organisations de santé selon de nombreux auteurs (Adams et Gillman, 2016; Phillips et al., 2013; Regan, Wong, Laschinger, Cummings, Leiter, MacPhee, Rhéaume, Ritchie, Wolff et Jeffs, 2017; Winfield et al., 2009).

Dans le cadre de son étude qualitative phénoménologique, Duchscher (2001) s'est intéressée à l'expérience de transition des IND en soins de courte durée, et ce, dans les six premiers mois de pratique clinique. Les résultats démontrent que les IND qui exercent depuis moins de trois mois dans un établissement de santé canadien s'avèrent très dépendantes de leurs collègues dans l'exercice de leurs fonctions (Duchscher, 2001). Celles-ci ont peur d'interagir avec les médecins et peine à respecter toutes les règles de pratique. Elles expérimentent beaucoup de déception, de craintes, de frustrations et semblent très sensibles à la critique. Elles mettent l'accent sur le « savoir-faire » plutôt que sur le « savoir-être » et se disent désabusées face aux réalités de la pratique en milieu clinique. Les IND qui œuvrent depuis trois à cinq mois expérimentent quant à elles un épuisement d'ordre émotionnel, spirituel, physique ou même intellectuel (Duchscher, 2001). La confiance qu'elles ont face à leur pratique clinique s'améliore petit à petit. Néanmoins, ces dernières cherchent continuellement une acceptabilité par les pairs, avec lesquels elles aimeraient développer une relation de réciprocité (Duchscher, 2001). Pour terminer, les IND qui ont de cinq

à six mois de pratique clinique se voient évoluer dans le temps (Duchscher, 2001). Elles arrivent à différencier les bonnes pratiques des moins bonnes (Duchscher, 2001). Leur processus de questionnement est plus clair et plus spécifique. Elles sont conscientes des responsabilités qu'elles ont et pour lesquelles elles doivent offrir des services appropriés et contextualisés (Duchscher, 2001). Bien que l'échantillon soit très petit (n=5), l'exploration de l'expérience des IND s'est faite de manière précise et détaillée. L'auteur explique que ce petit échantillon lui a permis d'entretenir des entrevues semi-structurées approfondies. Elle rajoute que les réflexions issues de son journal de bord lui ont permis de mieux comprendre le vécu et l'expérience réelle de ses participantes, dans le temps. L'année de publication de cet article remonte à près de 20 ans, malgré tout, les conclusions de cette étude canadienne restent importantes, puisque celles-ci encouragent les établissements de santé, les préceptrices, le personnel infirmier, ainsi que les gestionnaires à fournir plus de soutien aux IND dans les deux premières années de pratique (Duchscher, 2001).

En 2004, Casey, Fink, Krugman et Propst (2004) explorent les facteurs susceptibles d'influencer la rétention des IND, soit les facteurs de stress et les difficultés dans le parcours de pratique clinique. Cette étude quantitative descriptive comparative consistait à mieux comprendre l'expérience des IND quant à leur niveau de compétence, de confort et de confiance face à leur pratique infirmière. Les chercheurs ont aussi exploré les facteurs susceptibles d'influencer la rétention de celles-ci, soit en les questionnant sur leur confort face à l'exécution des procédures de soins, face au soutien organisationnel qu'elles ont et face à leur niveau de satisfaction (Casey et al., 2004). Les auteurs ont ainsi approché 270 infirmières issues de six différentes institutions de santé américaines. Ils les ont consultées à trois reprises, soit après trois mois, six mois, puis 12 mois de pratique clinique (Casey et al., 2004).

Les données ont été collectées à l'aide du *Casey-Fink Graduate Nurse Experience Survey* qui comporte cinq sections : données sociodémographiques, habiletés procédurales confort et confiance, satisfaction au travail, ainsi que la question des questions ouvertes sur l'environnement de travail. En ce qui concerne les habiletés procédurales, 54 procédures et habiletés ont été identifiées par les participantes interrogées pour lesquelles celles-ci se disaient inconfortables de réaliser (Casey et al., 2004). Seulement quatre pour cent de ces dernières répondaient qu'elles pouvaient exécuter toutes les habiletés et procédures énumérées dans le questionnaire. Pour ce qui

est du confort et de la confiance, ceux-ci se sont grandement développés entre les six mois et les 12 mois de pratique clinique, et ce, en ce qui concerne la priorisation, la délégation, ainsi que l'organisation des soins (Casey et al., 2004). Quant au niveau de satisfaction, 40 % des IND ont estimé qu'elles manquaient d'opportunités de carrière dans leur milieu. Pour terminer, grâce aux questions ouvertes, six thèmes principaux ont été identifiés pour représenter les expériences stressantes et contraignantes au cours du processus de transition vécu par les IND, soit : le manque de confiance des collègues face au développement des compétences, la relation avec les pairs et les précepteurs, la dépendance aux autres collègues, les frustrations engendrées par l'environnement de travail, l'inaptitude face à l'organisation et à leur capacité d'établir les priorités, ainsi que la communication avec les médecins (Casey et al., 2004). Les résultats indiquent aussi que la période la plus stressante pour le IND est entre six et 12 mois et qu'il faut près de 12 mois pour être suffisamment préparé à la pratique clinique. Il est à noter que même si le taux de réponse est de 35 %, les résultats de Casey et al. (2004) sont corroborés par ceux de Fink, Krugman, Casey et Goode (2008), qui se sont aussi intéressés au niveau de stress des IND américaines dans les premiers mois de pratique clinique. Bien qu'ils constatent que le niveau de stress diminue avec le temps, près de 40 % des 343 participantes expriment être encore très stressées même un an post-embauche (Fink et al., 2008).

En 2005, Bowles et Candela s'intéressent à la perception des IND quant à leur insertion professionnelle. Les résultats de leur étude descriptive démontrent que près de 90 % (n=352) des participantes consultées décrivent la période d'adaptation au nouveau rôle professionnel comme étant très stressante et peu, voire pas, favorable à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Bowles et Candela, 2005). Un peu plus tard ces mêmes auteurs réalisent une étude sur la préparation des IND au marché du travail (Candela et Bowles, 2008). Les résultats de cette étude descriptive démontrent que 30 % des infirmières répondantes ont quitté leur poste dans la première année de pratique, tandis que 57 % avant la fin de leur seconde année, et ce, dû au stress occasionné par l'acuité des patients et au ratio infirmière-patients trop élevé. Les résultats de cette étude sur les premières expériences d'emplois proviennent des réponses obtenues auprès de 352 infirmières cliniciennes ayant obtenu leur diplôme dans les 5 dernières années. Les auteurs ont utilisé des statistiques descriptives pour décrire les perceptions des participantes. Bien que cette étude ait été menée aux États-Unis, les résultats semblent transférables au contexte québécois, et ce, puisqu'il

existe plusieurs similarités quant à la culture organisationnelle et quant au rôle professionnel de l'infirmière dans les milieux de pratique clinique. Il est donc possible que l'expérience stressante, ainsi que les difficultés d'intégration et d'adaptation des IND américaines, soit similaire à celle des IND québécoises.

L'étude américaine de Dyess et Sherman (2009) s'intéresse, à partir d'une approche herméneutique, au processus de transition des IND, ainsi qu'aux besoins d'apprentissage de ces dernières. Pour ces auteurs, le choc de la réalité est un sujet important, puisque l'augmentation des patients hospitalisés, la réduction des durées de séjour, la pénurie du personnel de soins et l'accroissement des technologies complexifient la période de transition et d'adaptation des IND (Dyess et Sherman, 2009). En effet, les restructurations et les coupes budgétaires poussent les gestionnaires, d'une part, à raccourcir les périodes d'orientation des nouveaux employés et d'autre part, à les affecter plus rapidement à différentes activités plus complexes les unes que les autres (Dyess et Sherman, 2009). Les 81 IND participantes aux séances de groupes de discussion ont décrit leur première année de pratique clinique comme une combinaison de peur et de confiance. Ces deux émotions font référence à l'anticipation de l'inconnu et à la « reconnaissance de tout ce qu'[elles] avaient appris dans leurs programmes éducatifs » (Dyess et Sherman, 2009, p. 406, traduction libre). Les répondantes étaient des IND issues de différents milieux de soins et ayant moins de 12 mois de pratique. Les participantes ont formulé avoir éprouvé des difficultés de communication avec les membres de l'équipe interdisciplinaire. De plus, les IND ont aussi exprimé que les environnements de soins les ont amenées à se sentir dépassées et isolées professionnellement. Pour terminer, les répondantes ont, à de nombreuses reprises, exprimées dans les groupes de discussion, qu'elles reçoivent des informations contradictoires par leurs collègues et qu'elles n'ont que peu, voire pas, facilement accès aux procédures organisationnelles sur lesquelles elles peuvent appuyer leur pratique clinique (Dyess et Sherman, 2009). Aussi, certaines IND ont exprimé qu'elles avaient été victimes de violence horizontale sur les unités de soins dans les premiers mois de pratique clinique. Les recommandations des auteurs quant aux besoins des IND, vont comme suit : ils suggèrent de leur fournir des programmes de transition qui durent au minimum un an, une formation en communication professionnelle, des stratégies pour lutter contre la violence horizontale, et de favoriser l'accès à une personne-ressource et à des précepteurs constants et positifs (Dyess et Sherman, 2009).

Par ailleurs la revue des écrits de Dwyer et Revell (2016), expose les facteurs intra personnels, interpersonnels et organisationnels qui influencent les expériences de transition des infirmières nouvellement diplômées. Pour y arriver, les auteurs synthétisent leurs résultats en utilisant la théorie sociale écologique de Stokols (1996), qui sous-entend que les expériences individuelles dépendent de l'environnement, soit du contexte. À travers les bases de données CINAHL, MEDLINE et PsycINFO, les auteurs ont effectué des combinaisons de repérage sur les sujets suivants : infirmières, IND, infirmière novice, ainsi que transition de l'IND. Les chercheurs ont établi des critères de sélections spécifiques, soit : une année de publication entre 2001 à 2015 et un temps de pratique clinique des IND inférieur à 3 ans (Dwyer et Revell, 2016). Les résultats de leur analyse indiquent que 29 différents facteurs intra personnels ont été identifiés comme pouvant influencer la transition des IND soit, par exemple, l'affirmation de soi (Suzuki, Kanoya, Katsuki et Sato, 2006), l'auto-évaluation (Laschinger et Grau, 2012), la mise en place de stratégies d'adaptation (Beecroft, Dorey et Wenten, 2008), la pensée critique (Wangensteen, Johansson, Björkström et Nordström, 2012), ainsi que les facteurs démographiques, soit : l'âge (Wangensteen et al., 2012), le sexe (Suzuki et al., 2006), l'état civil (Scott, Engelke et Swanson, 2008) et la race (Unruh et Zhang, 2014). Ensuite, le niveau de formation (Scott et al., 2008; Suzuki et al., 2006), l'état de santé (Tominaga et Miki, 2011; Unruh et Nooney, 2011), la préparation au marché du travail (Tominaga et Miki, 2011), la santé mentale (Laschinger et Grau, 2012), l'exposition aux expériences vécues antérieurement (Unruh et Nooney, 2011), l'autonomisation psychologique (Rhéaume, Clément et LeBel, 2011), l'utilisation de la recherche (Wangensteen et al., 2012), la résilience (Laschinger et Grau, 2012), l'auto-efficacité (Peterson, McGillis Hall, O'Brien-Pallas et Cockerill, 2011), les compétences sociales (Niitsuma, Katsuki, Sakuma et Sato, 2012) et les attitudes face au travail (Suzuki et al., 2006) ont aussi été identifiés.

Ensuite, Dwyer et Revell (2016) ont fait ressortir huit types d'influences interpersonnelles sur la transition des IND, soit : le leadership authentique des membres de l'équipe (Laschinger et Grau, 2012), l'authenticité du précepteur clinique (Giallonardo, Wong et Iwasiw, 2010), l'incivilité et la civilité (Laschinger et Grau, 2012), le respect (Phillips et al., 2013), les modèles de rôles (Tominaga et Miki, 2011), le soutien social (Suzuki et al., 2006), l'intimidation en milieu professionnel (Laschinger et Grau, 2012), ainsi que les liens interprofessionnels (Beecroft et al., 2008). Pour



terminer, 25 études ont identifié les influences de la transition des IND au niveau organisationnel (Dwyer et Revell, 2016). On parle ici, par exemple, de la localisation de l'hôpital (Suzuki et al., 2006), de la grandeur et de la structure de celui-ci (Cho, Lee, Mark et Yun, 2012) et de l'unité de soins où exerce l'IND (Peterson et al., 2011). Les autres facteurs organisationnels comprennent aussi : la satisfaction de l'IND au travail (Beecroft et al., 2008), les facteurs stressants engendrés par l'emploi (Bratt et Felzer, 2012), l'orientation des IND (Phillips et al., 2013), l'attitude face à l'emploi (Kovner, Brewer, Greene et Fairchild, 2009), les heures et le quart de travail de l'IND (Unruh et Nooney, 2011), ainsi que l'environnement de travail (Laschinger et Grau, 2012; Rhéaume et al., 2011). Tous les facteurs intra personnels, interpersonnels et organisationnels repérés lors de la recension des écrits ont été rapportés comme ayant une influence sur la transition des IND dans les milieux de pratique cliniques. L'interaction entre les caractéristiques de l'IND, ses relations de travail et son environnement semble influencer indirectement sur l'expérience négative ou positive de son processus de transition des milieux académiques vers les milieux cliniques (Dwyer et Revell, 2016). L'analyse des 42 articles inclus dans cette revue des écrits scientifiques souligne que les différentes caractéristiques intrinsèques de l'IND peuvent certes influencer son processus d'adaptation et de transition vers les milieux de pratique clinique, mais que les facteurs environnementaux retrouvés dans les organisations de santé sont encore plus importants (Dwyer et Revell, 2016). Cette revue des écrits a été réalisée aux États-Unis, or, il aurait été intéressant de connaître les origines des études recensées, afin d'évaluer la transférabilité des résultats dans un contexte québécois.

L'étude menée par Regan, Wong, Laschinger, Cummings, Leiter, MacPhee, Rhéaume, Ritchie, Wolff, Jeffs, et al. (2017) auprès de 42 IND canadiennes et 28 infirmières expertes, corrobore, elle aussi, l'étude de Candela et Bowles (2008) décrite plus haut. Parmi les sept provinces canadiennes retenues pour cette étude, les résultats qualitatifs indiquent un grand besoin d'accompagnement et de soutien clinique des IND. En effet, près de la moitié des IND consultées ont éprouvé un épuisement émotionnel durant leur première année de pratique. Un épuisement qui aurait pu être évité par l'accompagnement de ces dernières lors de leur période de transition. Les résultats illustrent que l'accompagnement des IND leur permet de mieux comprendre la culture organisationnelle et de progresser dans le déploiement de leurs habiletés professionnelles (Regan et al., 2017). De plus, ces derniers indiquent que les IND qui adoptent des pratiques de soins

sécuritaires sont celles qui ont expérimenté le mentorat ou le préceptorat, lors de leur période de transition (Regan et al., 2017).

À travers cette brève recension des écrits sur le processus de transition et d'adaptation des IND, il devient légitime de penser que les environnements dans lesquels celles-ci exercent, en début de pratique clinique, ont une influence majeure sur leur bien-être psychologique et physique, sur le développement de leurs habiletés procédurales, ainsi que sur l'émancipation et l'exercice de leurs compétences. Outre l'article de Regan et al. (2017) et de Duchscher (2001) tous les articles consultés dans cette sous-section de chapitre ont été publiés aux États-Unis. Compte tenu du contexte nord-américain et puisque les rôles professionnels, la culture organisationnelle et l'étendue de pratique sont assez similaires, la transférabilité des résultats au contexte québécois devient possible. Nous constatons que les articles consultés ont majoritairement des devis qualitatifs et que la temporalité de l'expérience de l'IND est surtout d'une année. Certes les échantillons sont petits, mais la qualité de la méthodologie de recherche permet d'assurer la crédibilité des études, ainsi que la fiabilité des résultats (Polit et Beck, 2007). Il est à noter que certains articles présentés dans cette chronologie des études ont été publiés, il y a plus de dix ans. Certains contextes organisationnels, institutionnels et politiques peuvent avoir changé.

### **Le leadership clinique infirmier**

Cette section regroupe les notions relatives au leadership clinique infirmier. Une définition de la compétence de LCI sera présentée. De plus, le développement de cette compétence et son exercice seront aussi présentés.

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

Les recherches sur le leadership en sciences infirmières remontent à plus de 25 ans. Plusieurs chercheurs s'y sont intéressés et ont trouvé qu'il a une « importance majeure pour la performance des systèmes de santé » (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, 2015, p. 20). Les premiers chercheurs s'intéressent tout d'abord, aux types de leaders, aux diverses qualités associées au déploiement du leadership, aux pouvoirs d'influence, ainsi qu'aux différents styles de leadership. Certains auteurs ont exploré le leadership transformationnel

de type organisationnel (Dierckx de Casterlé, Willemse, Verschueren et Milisen, 2008). D'autres ont davantage exploré l'impact d'un leadership collaboratif ou se sont préoccupés du développement de cette compétence au niveau de la pratique clinique (Patrick et al., 2011; Stanley et Stanley, 2018). À travers la recension des écrits sur ce sujet, on constate que dans de nombreux écrits, le leadership est souvent associé aux postes de gestion organisationnelle dans les établissements de santé (Al-Sawai, 2013; Pepin et al., 2011). Plus récemment, le leadership est mis de l'avant dans tous les domaines de la pratique clinique (Downey et al., 2011), puisqu'il constituerait une responsabilité partagée entre professionnels (AIIC, 2008).

Sous l'influence de nombreux facteurs dont la culture et le contexte (Casey et al., 2011), la notion de leadership se définit de diverses manières dans la littérature (Mannix, Wilkes et Daly, 2015; Walker, Cooke, Henderson et Creedy, 2011). Néanmoins, le leadership exercé par les infirmières « dans leurs milieux de soins est appelé leadership clinique infirmier » (Casey et al., 2011, p. 1508, traduction libre). Ce leadership a pour objectif « d'améliorer les résultats pour les patients, de soutenir la prestation des soins de qualité et d'assurer la sécurité des patients » (Ha et Pepin, 2018, p. 37, traduction libre). Bien que le leadership infirmier soit relativement bien décrit dans les écrits, le leadership clinique infirmier (LCI) est un terme relativement nouveau qui peut être encore mal compris (Stanley et Stanley, 2018). À cet effet, la définition que donne l'étudiante-chercheuse au concept de LCI est celle de Patrick et al. (2011). Ces auteurs définissent le LCI comme un processus qui s'exprime dans les comportements professionnels des infirmières qui dispensent des soins directs aux patients (Patrick et al., 2011). Ces infirmières sont celles, qui par leur réflexion critique, leur utilisation des connaissances et leur expertise, « influencent et mobilisent les patients, les familles, ainsi que les professionnels de la santé dans leurs prestations de soins, et ce, dans l'objectif de dispenser des soins qui visent des résultats bénéfiques pour les patients » (Patrick et al., 2011, p.450, traduction libre).

Le LCI peut être lié aux autres compétences de l'infirmière (Goudreau, Pepin, et al., 2015), or celui-ci se distingue par ses indicateurs de développement qui prônent l'influence et la mobilisation des équipes à l'amélioration des soins. De plus, ces indicateurs propres au LCI permettent de minimiser la confusion entre le LCI et d'autres compétences infirmières (Boyer et al., 2016b; Goudreau, Alderson, et al., 2015). Ainsi, exercer du LCI va au-delà de « s'engager dans un

processus de raisonnement clinique qui permet d'offrir des soins humanistes et scientifiques en partenariat avec la Personne, en tenant compte de ses priorités, besoins/problèmes et ressources et en collaboration avec les membres des équipes intra et interprofessionnelles » (FSI, 2015, p.16). Exercer du LCI n'est pas non plus d'assurer la continuité des soins qui fait appel à la communication d'informations pertinentes et au moment opportun aux membres des équipes intra et interprofessionnelles ou encore de leur référer la Personne au bon moment. Enfin, exercer du LCI s'approche en certains points à la compétence de collaboration dans des équipes professionnelles, en ce sens que les deux impliquent une analyse critique des points de vue exprimés au sein des équipes intra et interprofessionnelles et une mobilisation de leurs membres au moment opportun, tout en soutenant les choix les choix de santé de la Personne (FSI, 2015). La définition retenue du LCI permet donc de distinguer cette compétence dans le cadre de l'exercice de la pratique professionnelle de l'infirmière.

Les systèmes de santé occidentaux misent sur le développement et l'exercice des compétences infirmières pour assurer la sécurité des patients (Duff, 2013). En effet, dans leur pratique professionnelle, les infirmières sur les unités de soins sont les mieux placées pour comprendre, analyser et répondre aux besoins des patients (Duff, 2013). Tel que décrit dans la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec [LII], L.R.Q., c. I —8, art. 36 : « l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie » (Art.36). Ainsi, sur les unités de soins, il est attendu des infirmières qu'elles développent un partenariat avec leurs patients, qu'elles collaborent avec les équipes interprofessionnelles et intra professionnelles et qu'elles mobilisent toutes les ressources nécessaires leur permettant d'améliorer leur prestation des soins (Patrick et al., 2011). Dans une optique de transformation des pratiques et dans l'objectif d'optimiser la qualité des soins et d'assurer la sécurité des patients, les infirmières doivent développer et exercer leur LCI (Brown et al., 2015; Dierckx de Casterlé et al., 2008; Goudreau, Pepin, et al., 2015; Patrick et al., 2011; Pepin et al., 2011; Robin et Noshaba, 2016; Stanley et Stanley, 2018; Wong et al., 2013).

Dans le cadre de leur étude canadienne, Patrick et al. (2011) ont développé un instrument de mesure du LCI. L'objectif de leur étude était de tester les propriétés psychométriques d'une mesure de leadership clinique auprès de 480 infirmières cliniciennes œuvrant dans des hôpitaux de soins de courte durée (Patrick et al., 2011). Pour mesurer le LCI des répondantes, Patrick et al. (2011), ont utilisé les cinq comportements de pratique de leadership [1) remettre en cause le processus, 2) inspirer une vision commune, 3) modéliser la voie à suivre, 4) permettre aux autres d'agir, 5) reconnaître la contribution de chacun et célébrer les accomplissements] décrits par (Posner et Kouzes, 1988) et les ont associés aux attributs de leadership clinique des infirmières œuvrant au chevet des patients. Ces attributs sont l'expertise clinique, les relations interpersonnelles, la communication, la collaboration, ainsi que la coordination. Les résultats illustrent que les infirmières qui reflètent ces cinq attributs dans leur pratique clinique « sont perçues par les autres membres de l'équipe de soins de santé comme des cliniciennes compétentes qui font preuve de leadership dans la prestation de soins de qualité aux patients » (Patrick et al., 2011, p. 451, traduction libre). La méthodologie utilisée par les auteurs est l'une des forces majeures de cette étude. Pour assurer la validation préliminaire de leur questionnaire sur le leadership clinique, les auteurs ont fait appel à différents experts pour évaluer l'efficacité de leur système de mesure. Les résultats de cette étude ont permis d'identifier les propriétés psychométriques d'un nouvel instrument conçu pour mesurer le LCI dans les environnements de travail.

Par ailleurs, la revue intégrative des écrits de Stanley et Stanley (2018) a exploré le concept de LCI en s'intéressant principalement à la définition de cette compétence, aux attributs des infirmières leaders, aux modèles de LCI, ainsi qu'aux obstacles facilitants et contraignants le développement de cette compétence infirmière. Les auteurs ont effectué un repérage dans la littérature scientifique et ont regroupé tous les articles qui comprennent ou qui combinent le « leadership clinique » et le « leadership clinique en soins infirmiers ». En ne gardant que les articles qui ont « leadership clinique » dans le titre, en retirant les doublons, et en retirant tous les témoignages personnels, les évaluations de programmes, les articles d'opinion et les articles non scientifiques, Stanley et Stanley (2018) ont retenu 27 articles, publiés entre 1980 et 2016, dont dix provenant du Royaume-Uni, neuf de l'Australie, trois d'Irlande, une de l'Inde, deux des États-Unis, une de Thaïlande, ainsi que deux du Canada. Les auteurs ont constaté qu'aucune définition précise du concept de LCI ne ressortait des articles. En effet, ces derniers, expliquent que « les tentatives

de définition du LCI, tout comme la compréhension du concept, sont relativement nouvelles et, malgré le nombre croissant de publications sur le LCI, une définition claire de [cette compétence] reste indéterminée » (Stanley et Stanley, 2018, p. 1735, traduction libre).

Stanley et Stanley (2018) stipulent que les attributs-clés des infirmières leaders sont : le développement des compétences cliniques, les habiletés de communication, le soutien, les valeurs centrées sur le bien-être des personnes, ainsi que le pouvoir de motiver les autres. Ils rajoutent que les infirmières leaders sont des décideuses qui servent de modèle pour les autres et qui sont centrées sur l'excellence et la prestation efficace des soins (Stanley et Stanley, 2018). Les auteurs ont aussi identifié les barrières au développement du LCI. Ces barrières sont la résistance des collègues face au changement, le manque de reconnaissance, de formation et de confiance, l'égo surdimensionné des infirmières sur les unités, le manque de transparence des organisations, le manque de soutien organisationnel, le manque de temps, ainsi que les conflits au travail (Stanley et Stanley, 2018). Pour terminer, les auteurs ont reconnu que certains modèles permettent d'explorer et d'expliquer le LCI (Cook, 2001; Leigh et al., 2015; Pepin et al., 2011; Supamane, Krairiksh, Singhakhumfu et Turale, 2011; Venturato et Drew, 2010). Il est intéressant de voir la diversité des origines des publications, toutefois, il est légitime de penser que le développement des compétences infirmières, que la définition du rôle professionnel, que l'étendue de pratique et que les cultures organisationnelles se diversifient d'un continent à l'autre. Il est aussi légitime de penser que ces derniers ont grandement évolué depuis les quarante dernières années.

En Irlande, l'étude descriptive de Casey et al. (2011) a décrit les besoins de développement du LCI chez des infirmières et des sages-femmes. Par l'utilisation de méthodes mixtes et de triangulations simultanées, les auteurs ont mené une étude auprès de 911 infirmières et sages-femmes employées par le *Health Service Executive*. Un questionnaire (CLAN-QO) fut développé puis validé par les auteurs, afin d'analyser les besoins de développement du LCI chez cette population. Celui-ci comprenait une échelle de Likert allant de non important (1) à plus important (5) et incorporait un questionnaire de données sociodémographiques. Près de 22 groupes de discussion rejoignant 184 participantes de tous les niveaux d'expertise ont aussi été organisés, et ce, dans l'objectif « d'obtenir le point de vue [de ces derniers] sur le leadership clinique et sur leurs besoins en matière de développement du leadership clinique » (Casey et al., 2011, p. 1504,

traduction libre). Au cours des groupes de discussion, les participantes ne se sont pas entendues sur une seule définition du LCI. Toutefois, ces dernières ont convenu que cette définition reposait sur l'expertise clinique, l'expérience et la crédibilité (Casey et al., 2011). Les résultats montrent que les besoins dans le domaine du développement de la compétence de LCI sont présents. À cet effet, les auteurs réitèrent l'importance de mettre à l'avant cette compétence dans la prestation des soins directs pour faire progresser la pratique et pour respecter et maintenir des standards de qualité (Casey et al., 2011).

### **Le leadership clinique infirmier chez les infirmières nouvellement diplômées**

Pour synthétiser, identifier et explorer les écrits pertinents au sujet du mémoire, une recension des écrits a été réalisée spécifiquement sur le LCI des IND. Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté à l'appendice B. Suite aux suggestions d'une bibliothécaire, des modifications ont été apportées à la formation de l'équation de recherche, ainsi qu'aux choix des descripteurs et des moteurs de recherche, permettant ainsi à l'étudiante-chercheuse d'identifier 313 articles sur les bases de données CINAHL, Embase et MEDLINE. En y retirant les doublons d'articles, en raffinant la recherche selon les années (2008-2018) et les langues de publication (anglais, français), puis en réalisant une lecture préliminaire des titres et des résumés d'articles, le nombre d'articles retenus a été réduit à 55 articles. Les notions de leadership clinique infirmier et d'infirmière débutante, novice et/ou nouvellement diplômée symbolisaient les principaux critères de sélection des articles. Ainsi, en faisant la lecture complète des articles retenus et en s'assurant que ces derniers regroupent impérativement ces deux thématiques, cinq articles ont été sélectionnés et sont présentés, de manière chronologique, plus bas. Ils représentent le noyau central de cette recension d'écrits scientifiques et mettent en lumière l'exercice du LCI chez des IND. Un tableau récapitulatif décrivant l'analyse sommaire de ces écrits comprend la référence, le but, la méthode, l'échantillon, la méthode de collecte des données, les résultats clés, les forces et les limites. Le tableau se trouve à l'appendice C.

L'article de Pepin et al. (2011) soutient le postulat primaire de la problématique de recherche qui indique que la compétence de LCI doit être développée et démontrée par toutes les infirmières, et ce, à tous les niveaux de pratique. Le développement et l'exercice de cette compétence dans la

pratique professionnelle sont primordiaux à l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins aux patients (Pepin et al., 2011). Pepin et al. (2011) ont mené une étude phénoménologique interprétative, permettant de documenter l'expérience d'apprentissage et de pratique du LCI. De plus, ces chercheuses ont identifié les apprentissages chez des étudiantes en sciences infirmières et chez des infirmières. Pour y arriver, ces dernières ont effectué des entretiens individuels semi-structurés de 45 à 60 minutes auprès de 32 étudiantes en sciences infirmières, de six nouvelles infirmières ayant entre 12 et 18 mois de pratique clinique et de 15 infirmières expertes ayant au minimum cinq années d'expérience dans un seul environnement clinique. Dans cette étude, Pepin et al. (2011) ont développé un modèle cognitif d'apprentissage (MCA) sur la compétence de LCI. S'inspirant du modèle de Benner (1982) les chercheuses ont conceptualisé la trajectoire du développement de cette compétence allant de l'infirmière novice à l'infirmière experte. Ce modèle comprend cinq étapes d'apprentissage, soit la sensibilisation, l'intégration, le leadership actif avec le patient et sa famille, le leadership actif avec l'équipe et le leadership clinique intégré et étendu au niveau organisationnel. Dans les résultats, il est possible de constater que les IND se retrouvent au stade deux et trois. Dans le stade 2, les IND sont dans la phase où elles intègrent le LCI dans leurs actions. À ce niveau, quatre apprentissages critiques ont été identifiés pour expliquer l'intégration de cette compétence dans leurs actions, soit par 1) leur capacité de s'exprimer avec confiance, de s'impliquer dans les situations vécues par leurs patients et familles, de 2) communiquer des informations factuelles de manière constructive à d'autres professionnels, 3) de reconnaître leurs limites et leurs forces, ainsi que 4) d'identifier un modèle de rôle (Pepin et al., 2011). Il est également possible, comme le souligne Pepin et al. (2011), de reconnaître des IND dans le stade 3 où les infirmières exercent leur leadership auprès des patients et des familles et parfois avec les collègues. Pour y arriver, celles-ci vont 1) prendre des initiatives dans les situations impliquant leurs patients/familles ; 2) collaborer pour améliorer la qualité des soins ; 3) agir en tant que modèle de rôle ; 4) identifier leur style de leadership, ainsi que 5) prendre les mesures nécessaires pour assurer le développement de leurs propres compétences (Pepin et al., 2011).

Les participants ont été recrutés dans trois milieux : une université, ainsi que deux hôpitaux universitaires francophones. Les caractéristiques des milieux n'ont pas été décrites. Ceci peut réduire la transférabilité des résultats dans d'autres milieux (Polit et Beck, 2007), car « même si certains contextes ressemblent en apparence à d'autres [...], il n'en demeure pas moins que chaque



contexte est particulier» (Côté et Turgeon, 2002, p. 84). Le tableau de données sociodémographiques offre une vue d'ensemble des critères différenciant les cinq catégories de participants. Ce tableau ajoute une rigueur à la sélection des participants. Les conclusions de cet article sont intéressantes, puisqu'elles nous amènent à penser aux facteurs facilitants et contraignants le développement du LCI. En effet, les auteurs indiquent qu'à travers les trois premiers stades, un réexamen académique et clinique du développement de cette compétence devrait être effectué, et ce, puisque les étudiants ont soulevé un manque de soutien de leur précepteur pour le développement de cette compétence. Certains étudiants ont même noté que les « précepteurs ne les incitaient pas à essayer ou à continuer d'influencer les autres pour de meilleurs soins » (Pepin et al., 2011, p. 272, traduction libre). Pour terminer, les auteurs expliquent que le processus de transition du milieu académique vers le milieu de pratique clinique vécue par l'IND peut entraver le développement de cette compétence, car les IND manquent d'opportunités pour apprendre à exercer leur LCI.

L'étude montréalaise de Larue et al. (2013) s'intéresse aux stratégies utilisées par les IND pour développer leurs compétences de raisonnement clinique infirmier [RCI] et de LCI dans leur pratique professionnelle. Les auteurs postulent que « le développement des compétences cliniques est influencé à la fois par des facteurs personnels et des facteurs organisationnels » (Larue et al., 2013, p. 77). Ainsi, l'étude avait comme objectif de décrire les comportements utilisés par les IND pour développer leur RCI et LCI, mais aussi de documenter les éléments organisationnels qui facilitent ce développement. Pour réaliser cette étude, des entrevues individuelles et sept groupes de discussion ont été effectués auprès de 32 participantes recrutées par convenance, soit des IND ayant de six à 12 mois et de 18 à 24 mois de pratique clinique auprès des patients. De plus, 19 questionnaires infirmières ont été recrutées pour identifier les facteurs organisationnels favorisant le développement de ces compétences chez les IND.

Sur une échelle d'un à cinq, un étant le plus bas niveau et cinq le plus élevé, les IND participantes ont indiqué que leur niveau de LCI se situe en moyenne entre 3,8 et 3,9 et que leur priorité à développer cette compétence dans leur pratique clinique se retrouve à 4,5. Ici, les infirmières estiment que prendre des initiatives, s'affirmer et prendre des situations de patient en main et s'exprimer avec confiance pour influencer les soins sont les trois apprentissages où elles

se perçoivent moins compétentes. Pour les six à 12 mois de pratique clinique, les difficultés rencontrées concernent la prise d'initiatives et l'identification des modèles de rôle (Larue et al., 2013). Or, pour les 18 à 24 mois de pratique clinique, les difficultés rencontrées entourent leur incapacité d'identifier leurs forces et leurs limites, ainsi que leur incapacité à s'exprimer avec confiance (Larue et al., 2013). Au niveau des éléments du contexte de pratique, les IND ont mentionné que la répétition des soins, le degré de stress sur les unités et le manque d'expérience influencent directement et indirectement le développement de leur raisonnement clinique et de leur LCI (Larue et al., 2013). Selon les résultats, le développement de ces deux compétences serait exponentiel au nombre de mois de pratique clinique des IND (Larue et al., 2013). Ainsi, le développement du LCI serait inhérent à l'expérience des IND. Étonnamment, leurs auteurs n'ont trouvé aucune « différence marquée entre les infirmières de six ou de 24 mois d'exercice professionnel quant à leur perception d'atteinte d'un même niveau de compétences » (Larue et al., 2013, p. 80).

L'étude phénoménologique de Won (2015) s'est intéressée à l'exercice du LCI au chevet des patients. L'auteur a tenté d'explorer les expériences de leadership vécues par 6 infirmières coréennes ayant moins de 3 ans d'expérience et travaillant sur des unités de soins courants. Suite à l'analyse des données recueillies au moyen d'entrevues individuelles, cinq principaux thèmes illustrant l'exercice de la compétence de LCI au chevet des patients ont été regroupés par le chercheur (Won, 2015). Le premier thème concerne les capacités liées au travail. Ce thème fait référence à la capacité de l'IND à organiser son travail pour assurer une prestation des soins efficaces, à sa capacité de valider ses connaissances au besoin avec ses collègues et surtout à sa capacité de fournir un bon exemple pour les IND (Won, 2015). Le second thème est : l'influence que j'ai sur moi-même. Celui-ci comprend la motivation de l'infirmière face : à son travail, à la réalisation de ses objectifs fixés pour la journée et à sa réflexion sur sa pratique clinique (Won, 2015). Le troisième thème est celui de l'influence que l'infirmière a sur les autres. Ici, les répondantes faisaient référence aux relations saines entre collègues et à la capacité de l'infirmière à favoriser l'adaptation des IND sur les unités (Won, 2015). Ensuite vient le thème de la contribution à l'organisation. Celui-ci met l'accent sur les efforts mis par l'infirmière pour améliorer son environnement de pratique. Il fait aussi référence à la flexibilité et à l'ouverture de celle-ci face aux changements dans les organisations (Won, 2015). L'empathie est le dernier thème.

Celui-ci s'exprime dans le comportement humaniste de l'infirmière auprès des patients. Au niveau méthodologique, très peu d'informations sur le milieu de l'étude et très peu, voire pas, de description sur les participantes ne se trouvent dans l'article. Ce manque de description peut nuire à la transférabilité des résultats au contexte nord-américain. Les résultats de cette étude phénoménologique donnent, tout de même, un aperçu des différentes façons d'exercer le LCI au chevet des patients, et ce, selon la perspective du pays.

Chappell et Richards (2015) se sont elles aussi intéressées au développement du LCI des IND au cours de programmes de transition. Les auteurs ont réalisé une revue systématique qui avait comme objectif d'évaluer « la relation entre (a) les nouvelles infirmières diplômées et les habiletés de leadership clinique et (b) les nouveaux programmes de transition des infirmières diplômées et les habiletés de leadership clinique » (Chappell et Richards, 2015, p. 128, traduction libre). À partir des bases de données CINAHL, MEDLINE et Cochrane Library, les auteurs ont identifié 17 articles qui mettent en relation l'IND et les habiletés de LCI entre 2000 et 2013. Au total, 15 de ces études ont été réalisées aux États-Unis, une en Écosse et une en Nouvelle-Zélande. Au total, près de 4000 IND ayant suivi un cheminement de premier cycle universitaire participaient aux différentes études.

Les données regroupées dans cette revue systématique confirment que les habiletés de LCI peuvent « augmenter au cours de la première année d'exercice en l'absence d'une intervention » (Chappell et Richards, 2015, p. 135, traduction libre), mais qu'un programme préalablement suivi par celles-ci lors du processus de transition augmentait considérablement le développement et l'exercice des habiletés de LCI dans la pratique clinique des IND. En effet, dans les articles sélectionnés, quatre études ont démontré une amélioration statistiquement significative du niveau de développement de LCI, chez des IND qui suivent un programme de transition axé sur le développement de cette compétence (Goode, Lynn, Krsek et Bednash, 2009; Kowalski et Cross, 2010; Olson-Sitki, Wendler et Forbes, 2012; Williams, Goode, Krsek, Bednash et Lynn, 2007). Il est à noter qu'il est difficile de comparer l'ampleur et l'effet des études, entre elles, car plusieurs facteurs extrinsèques et intrinsèques peuvent, selon Chappell et Richards (2015), avoir eu des répercussions sur le niveau de développement de cette compétence. Les résultats de cette recension des écrits sont issus d'articles publiés dans trois pays industrialisés, où l'accès aux soins et

l'étendue de pratique des infirmières sont comparables au système de soins québécois. Il devient ainsi légitime de penser que le LCI des IND s'accroît lors de la première année de pratique clinique, et ce, même en l'absence d'une intervention.

Finalement, l'étude suédoise d'Ekström et Idvall (2015) a exploré comment les infirmières cliniciennes nouvellement diplômées assument leur LCI dans leurs équipes de soins. L'étude qualitative a été réalisée auprès de 12 infirmières bachelières ayant entre 6 et 24 mois de pratique clinique. Les entretiens individuels ont duré entre 30 à 72 minutes. Les thèmes identifiés par l'analyse des données étaient : « se sentir limité et isolé, former des équipes qui fonctionnent bien, apprendre à être leader, avoir le courage, la force et le désir d'être leader et assurer les soins appropriés » (Ekström et Idvall, 2015, p. 75, traduction libre). L'étude d'Ekström et Idvall (2015) s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire. Le rôle professionnel, la formation initiale des bachelières, l'étendue de pratique et les cultures organisationnelles sont comparables à ceux du Québec. En effet, l'accès aux soins et les politiques de santé se rejoignent à plusieurs niveaux. L'échantillon se diversifie au niveau sociodémographique, mais l'expérience vécue par les participantes est similaire. Il est possible que les IND du Québec vivent une expérience semblable à celle d'IND Suédoises, mais il est aussi possible que le contexte spécifique de soins au Québec puisse rendre l'expérience différente. Connaître le parcours expérientiel du leadership d'IND au Québec dans leur contexte apparait une étape importante, afin de créer des interventions de soutien qui soient efficaces.

Les résultats soulignent que le manque d'expérience clinique et le manque de connaissances quant à l'organisation et à l'application des routines, rendaient difficile le processus de priorisation et de délégation chez les IND (Ekström et Idvall, 2015). Les participantes ont dit qu'elles se sentent abandonnées et qu'elles ne disposaient pas d'outils, mis en place par les organisations leur permettant de discuter des problèmes de leadership rencontrés dans leur pratique clinique. Les résultats illustrent que les IND vivent beaucoup d'irritation face au fait qu'elles ne peuvent compter entièrement sur un membre de l'équipe et qu'elles doivent souvent compenser et corriger les oublis de leurs collègues. Ces dernières exprimaient que le fait de se sentir remplaçables, de ne pas être valorisées et entendues affectait négativement l'exercice de leur LCI. Au cours de l'analyse des données, Ekström et Idvall (2015) ont réalisé que pour se faire accepter en tant que leader dans leur

équipe, les IND ont développé des relations de confiance et ont dû faire preuve de savoir-faire. En effet, les répondantes ont indiqué que faire confiance aux membres de l'équipe est primordial pour l'expression de leur LCI. Ici, ces dernières expliquent qu'être soutenue dans leur pratique clinique, que de pouvoir poser des questions et d'obtenir de l'aide au besoin favorisent la sécurité et renforcent leur LCI. En effet, « l'acquisition de nouvelles perspectives en réfléchissant et en discutant des problèmes de leadership et de collaboration avec un mentor est un autre aspect de l'apprentissage des infirmières qui a été mis en évidence » (Ekström et Idvall, 2015, p. 81, traduction libre). Le rôle d'un mentor, d'un modèle et/ou d'une personne-ressource est donc essentiel à l'exercice du LCI chez les IND (Ekström et Idvall, 2015).

### **Facteurs facilitants et contraignants le développement du leadership clinique infirmier**

L'article de Larue et al. (2013) illustre les facteurs organisationnels et personnels qui facilitent le développement et l'exercice du LCI chez les IND. Les questionnaires répondantes ont énuméré plusieurs activités d'apprentissage mises en place par les établissements pour favoriser le développement de cette compétence, soit : l'implication des infirmières aux tournées médicales, les présentations de cas dans les équipes multidisciplinaires, les clubs de lecture, les forums de discussion, ainsi que le suivi individuel (Larue et al., 2013). Les infirmières consultées ont réitéré l'importance de l'accès à une personne-ressource pour les aider à développer leurs compétences de LCI (Larue et al., 2013). D'autres facteurs organisationnels qui permettent le développement de la compétence de LCI, « comprennent le leadership des gestionnaires, la possibilité de se former durant son activité professionnelle, le soutien de collègues de travail et des formations centrées sur l'apprentissage » (Larue et al., 2013, p. 81). Le développement de compétences cliniques est aussi influencé par les facteurs personnels propres à l'infirmière. On parle ici, de son niveau d'engagement, de curiosité et de motivation, de son sens des responsabilités face à sa prestation sécuritaire des soins de santé, ainsi que de sa capacité à mobiliser des stratégies efficaces face au développement de son identité professionnelle (Larue et al., 2013; Vanaki et Memarian, 2009).

Dans l'étude américaine de Crosby et Shields (2010), 85 infirmières ont été interrogées pour décrire les conditions facilitantes et contraignantes au développement du leadership des infirmières de chevet. Les infirmières interrogées occupent différentes positions dans les organisations de

santé, ce sont des infirmières gestionnaires, des conseillères en soins infirmiers, ainsi que des infirmières sur les unités de soins (Crosby et Shields, 2010).

Les conditions facilitantes identifiées par 89,4 % des répondantes comprenaient : l'attitude positive des personnes en position d'autorité et leur ouverture aux nouvelles idées, le soutien administratif pour le personnel et les ressources nécessaires, l'implication des infirmières plus expérimentées dans la formation et l'encadrement des IND, ainsi que l'encouragement des instances administratives face au développement du leadership (Crosby et Shields, 2010). Les résultats illustrent que l'attitude et les perceptions négatives, les contraintes financières, le manque de temps, de formation, de planification et de renforcement, ainsi que les lacunes de communication, la compétition entre les dirigeants et la résistance des employés dirigeants peuvent tous être des éléments contraignants au développement des compétences de LCI (Crosby et Shields, 2010).

Plusieurs auteurs ont exploré l'impact des facteurs facilitants et contraignants le développement et l'exercice du LCI chez les infirmières qui œuvrent au chevet des patients (AL-Dossary, Kitsantas et Maddox, 2014; Burns, 2009; Duff, 2013; Fealy et al., 2011; Larue et al., 2013). Nous constatons que les études qualitatives consultées dans cette section de recension des écrits indiquent que la structure et la culture des organisations de santé ont une influence non négligeable sur le développement et l'exercice du LCI (Burns, 2009; Crosby et Shields, 2010; Larue et al., 2013). Cette étude a donc pour but de comprendre, non seulement le parcours expérientiel de l'exercice du LCI, mais aussi les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice du LCI des IND participantes.

Cette dernière section conclut le chapitre deux de ce mémoire. Les articles décrits dans cette section de la recension des écrits font état de nombreuses difficultés rencontrées très tôt dans la pratique des IND. Ils présentent également la manière dont les IND exercent leur LCI et les facteurs facilitant et contraignant le développement et l'exercice de cette compétence. Comme nous le savons, le développement de la compétence du LCI dans la pratique professionnelle est primordial à l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Brown et al., 2015; Ekström et Idvall, 2015; Goudreau, Pepin, et al., 2015; Patrick et al., 2011; Pepin et al., 2011; Robin et

Noshaba, 2016; Stanley et Stanley, 2018; Wong et al., 2013). Ainsi, dans un contexte organisationnel qui met en place différentes réformes de santé qui visent l'amélioration et le maintien de la qualité des soins, il devient intéressant de se questionner sur l'exercice de la compétence de LCI chez l'IND.

**CHAPITRE 3**  
**La méthode**



Dans ce chapitre, l'étudiante-chercheuse détaille l'approche méthodologique qu'elle a employée pour répondre aux questions de recherche. L'utilisation d'un devis descriptif interprétatif est expliquée et justifiée, ainsi que la posture épistémologique. Ensuite, le choix du milieu de l'étude, le contexte de celui-ci, le plan d'échantillonnage et les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités. La méthode de collecte et de gestion des données et la méthode d'analyse des données sont aussi présentées. Finalement, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques associés à cette étude sont abordés.

À titre de rappel, le but de cette étude consiste à décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées. Les questions de recherche sont les suivantes :

1. Comment des infirmières bachelières nouvellement diplômées décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?
2. Quels sont, selon des infirmières bachelières nouvellement diplômées, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur leadership clinique infirmier ?

### **Étude qualitative descriptive interprétative**

Un devis descriptif interprétatif a été utilisé dans le cadre de cette étude qualitative (Thorne, 2016). Ce type de devis permet de décrire, d'expliquer, de mettre en lumière et d'explorer les éléments importants d'un phénomène clinique complexe (Thorne, 2016), et ce, selon la perspective des participantes<sup>2</sup> (Gallagher, Corbière et Larivière, 2014). Ce devis laisse place à la subjectivité humaine (Gallagher et al., 2014; Thorne, 2016). Dans le cadre de la présente recherche, le devis descriptif interprétatif a permis à l'étudiante chercheuse de mieux comprendre le parcours expérientiel de l'exercice de la compétence du LCI chez des IND.

---

<sup>2</sup> Le terme participant (es) est utilisé au féminin, dans l'intégralité du texte, mais il comprend à la fois les hommes et les femmes constituant l'échantillon de cette étude et cela sans discrimination de genre.

## **La posture épistémologique**

La posture épistémologique dont s'inspire l'étudiante-chercheuse pour son étude est celle du constructivisme décrit par Guba et Lincoln (1994). Cette posture épistémologique permet à l'étudiante-chercheuse de comprendre, à partir des expériences vécues et contextualisées qui ont été partagées par les participantes, leur parcours expérientiel et d'en construire une description interprétative. En effet, c'est en se positionnant dans une perspective où l'on nie l'existence d'une seule réalité (Avenier et Gavard-Perret, 2012; Guba et Lincoln, 1994) que l'étudiante-chercheuse a construit sa compréhension du parcours de l'exercice du LCI chez des IND et du contexte dans lequel se développe celui-ci.

## **Le milieu de l'étude**

Les participantes ont été recrutées dans un grand centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Celui-ci est affilié au réseau universitaire intégré de santé de l'Université d'attache de l'étudiante-chercheuse et agit comme leader dans le développement des pratiques, de la recherche et de l'innovation infirmière. Ce milieu francophone a été ciblé, puisqu'il possède un large bassin d'IND et qu'il favorise la tenue de recherche en sciences infirmières.

## **La population cible et l'échantillon**

Dans le cadre de cette étude, la méthode d'échantillonnage non aléatoire a été retenue. Celle-ci a permis de sélectionner parmi la population des IND d'un centre hospitalier universitaire, huit participantes afin de collecter les données nécessaires pour répondre aux questions de recherche. En effet, cet échantillon de convenance a permis à l'étudiante-chercheuse de regrouper des participantes qui ont eu des expériences diverses tout en ayant en commun un maximum de 12 mois d'expérience clinique. Ce choix d'échantillonnage est cohérent avec le devis descriptif interprétatif et la posture épistémologique constructiviste. En effet, en s'intéressant aux expériences vécues par les IND, cette étude « va au-delà de la description et s'efforce d'analyser la véritable nature du phénomène et des facteurs auxquels ce phénomène est lié » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.23).

Cet échantillon se voulait hétérogène quant à la formation académique suivie (baccalauréat de formation initiale complétée ou baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC complétée), à l'âge, au nombre de mois de pratique et au type d'unité de soins des participantes et devait permettre de recruter entre 8 à 10 IND participantes. Il était difficile de déterminer précisément le nombre de participantes nécessaire à la réalisation d'une telle étude de type qualitatif, puisqu'il n'y a aucune règle qui permet d'identifier ce nombre (Polit et Beck, 2007). Or, il est à noter que les huit infirmières IND recrutées détenaient toutes un baccalauréat de formation initiale. Nous avons certes été approchées par trois infirmières issues du programme intégré DEC-BAC, mais aucune d'entre elles n'a été recrutée dans notre étude, car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion des participantes.

### **Les critères d'inclusion des participantes**

Dans le cadre de cette étude, les critères d'inclusion à l'étude ont permis à l'étudiante-chercheuse de circonscrire son échantillon et d'assurer une homogénéité quant à la caractéristique « nouvellement diplômée » des participantes de l'échantillon, afin que celui-ci soit scientifiquement valable (Savoie-Zajc, 2006).

Un premier critère était que les IND participantes devaient avoir étudié au baccalauréat en sciences infirmières et complété la formation initiale ou la formation intégrée DEC-BAC, et ce, puisque la compétence de LCI est développée dans le cadre du premier cycle universitaire. Au Québec, « la proportion des bachelières, qui s'élevait à 30,6 % en 2006-2007, augmente d'un peu moins d'un point de pourcentage par an en moyenne [...] parmi les 2 500 à 3 000 nouvelles infirmières qui joignent la profession chaque année, environ 400 (15 %) arrivent déjà munies d'un baccalauréat, et parmi les autres, de 800 à 1 000 (30 à 40 %) environ l'obtiennent dans les années qui suivent leur entrée dans la profession, par le parcours DEC-BAC » (OIIQ, 2012, p. 31). D'ailleurs selon les dernières statistiques sur la relève infirmière émises en 2016-2017 par l'OIIQ, près de 21,7 % des infirmières de la relève occupent des postes de cliniciennes (OIIQ, 2017).

Le deuxième critère est que les participantes devaient avoir une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ. En effet, selon les études

consultées dans la recension des écrits sur la durée de la période de transition dans la pratique (Casey et al., 2004 ; Dyess et Sherman, 2009 ; Regan et al., 20017), la durée de cette transition serait d'une année. D'autres auteurs indiquent qu'elle varie en moyenne entre 6 à 24 mois (Larue et al., 2013). Afin d'étudier le parcours expérientiel de l'exercice du LCI, de maximiser la variabilité des expériences vécues et de représenter différentes étapes du parcours expérientiel, l'intervalle sélectionné est de 12 mois de pratique clinique après l'obtention d'un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Celui-ci nous permettra de mieux comprendre la trajectoire du parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez des IND qui vivent une transition des milieux académiques aux milieux cliniques, même si l'intervalle de temps retenu pour cette étude se différencie de celui choisi par les auteurs des études consultées sur le LCI.

La réussite de l'examen professionnel était conditionnelle à la participation à cette présente étude, puisque l'examen d'admission à la profession permet d'évaluer les capacités à exercer la profession infirmière dans l'intégralité du champ d'exercices (OIIQ, 2012). De plus, afin de faciliter le recrutement, le processus d'entrevue et la collecte de données, les IND devaient parler et comprendre le français. Aucun critère d'exclusion n'a été formulé par l'étudiante-chercheuse, puisque le respect des critères d'inclusion est exigé pour la participation à cette étude.

### **Plan de recrutement des participantes**

Lorsque l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) du centre hospitalier universitaire affilié au milieu spécifique de l'étude a été obtenue (18. 328), puis confirmée par l'université, l'étudiante-chercheuse a enclenché les quatre étapes de son plan de recrutement. Cette autorisation du CÉR pour réaliser la recherche se trouve à l'appendice D.

#### **Étape 1 : Approcher le milieu spécifique de l'étude**

La première étape du processus de recrutement des participantes concerne l'entrée dans le milieu de l'étude. À la demande d'une rencontre officielle par courriel, l'étudiante-chercheuse a rejoint la personne-ressource affiliée à la direction des soins infirmiers [DSI] de son milieu d'étude pour valider auprès d'elle la faisabilité de son projet de recherche et solliciter son appui dans la

réalisation de son étude. Un ordre du jour de la rencontre, ainsi qu'un rappel des objectifs et du projet de recherche lui ont été transmis par courriel. Cet ordre du jour se retrouve à l'appendice E. Cette personne a guidé l'étudiante-chercheuse dans l'élaboration des documents nécessaires à l'approbation du CÉR pour la réalisation de l'étude. De plus, celle-ci a été identifiée en tant que chercheuse responsable affiliée au milieu spécifique de l'étude.

## **Étape 2 : Recrutement sur les unités**

En troisième étape, la personne-ressource du milieu a contacté les infirmières-chefs (IC) des différentes unités pour leur demander de diffuser les affiches qui comprennent les objectifs de sa recherche, les critères d'admissibilité des participantes et les coordonnées de l'étudiante-chercheuse ; elles ont été placées aux postes des infirmières, dans les salles de conférences et dans la salle de diner (Appendice G). Ces affiches avaient été préalablement approuvées par le comité éthique. Une lettre de présentation du projet de recherche a été acheminée aux infirmières conseillères en soins (ICS), ainsi qu'aux IC des différentes unités de soins (Appendice H).

Lorsque l'étudiante-chercheuse a été contactée par les IND, celle-ci a répondu aux questions, a expliqué en détail son étude et a évalué par voie électronique, téléphonique ou en personne le respect des critères d'inclusion. Par courriel ou en personne, celle-ci a remis aux participantes éligibles, une copie du formulaire d'information et de consentement (Appendice H), afin qu'elles puissent le lire attentivement. Une fois ce document lu et si la participante désirait participer à l'étude, une date, une heure, ainsi qu'un lieu d'entretien ont été planifiés. Tel qu'indiqué par Talmage (2012), le choix du lieu est important à considérer, pour assurer des échanges efficaces et une écoute active optimale. À cet effet, l'étudiante-chercheuse a participé au choix du lieu d'entretien, afin de prioriser un endroit qui réduit les bruits secondaires, les distractions et pour éviter tout environnement inconfortable pour la participante ou l'étudiante-chercheuse (Talmage, 2012). Les entrevues ont toutes eu lieu dans une salle fermée et réservée au centre de recherche affilié au milieu de l'étude. De plus, celles-ci ont eu lieu à différentes heures de la journée, principalement, avant ou après un quart de travail des participantes.

### **Étape 3 : Recrutement virtuel**

À l'heure actuelle où le monde numérique et la cyberculture sont dominants, le recrutement dans les communautés virtuelles s'avère rapide et efficace. À cet effet, l'étudiante-chercheuse a utilisé le e-recrutement pour recruter les participantes à son étude. Pour y arriver, celle-ci a d'abord contacté la présidente du Comité de la relève infirmière [CRI] du milieu spécifique de l'étude, afin de présenter son projet lors de l'une des réunions hebdomadaires tenues par le comité. Le rôle du CRI inclut de contribuer activement à l'intégration professionnelle de la relève infirmière, et ce, en occupant une fonction consultative auprès de la DSI et du Conseil des infirmières et infirmiers [CII] (Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches [ORIICA], 2017). Dans la description de son rôle, celui-ci doit : « documenter les problématiques et proposer des solutions favorisant l'intégration des novices en regard des exigences particulières des milieux de soins ; participer à la mise à jour du programme d'orientation ; favoriser la rétention des jeunes dans la profession, ainsi que le développement du sentiment d'appartenance dans l'établissement ; proposer des formations continues qui sont adaptées aux besoins des jeunes infirmières ; favoriser l'engagement professionnel en favorisant la participation des jeunes infirmières dans les différents comités » (ORIICA, 2017, p. 8).

L'étudiante-chercheuse a obtenu l'appui du comité pour la diffusion de son affiche de recrutement sur la page Facebook du comité (Appendice F). Les réseaux sociaux ciblent et lient les personnes ayant un même centre d'intérêt, des expériences professionnelles et personnelles similaires ou des domaines d'activités comparables. À cet effet, il est légitime de penser que les chances de publications et de partage de l'affiche de l'étudiante-chercheuse, sur le fil d'actualité des membres affiliés au « CRI », au « [centre hospitalier universitaire de l'étude] » ou à la « relève infirmière », ont été augmentées. De plus, l'étudiante-chercheuse a transmis certaines affiches de recrutement imprimées aux membres du comité, afin que ces derniers les apposent aux différents événements de réseautage professionnel qui sont organisés. De ce fait, les IND ont eu accès aux différentes informations et ont pu contacter l'étudiante-chercheuse si elles désiraient participer.

#### **Étape 4 : Présence dans le milieu de l'étude et rencontre en personne**

Le recrutement ayant été difficile, l'étudiante-chercheuse a prévu une dernière étape à son plan de recrutement. Celle-ci s'est déplacée dans le milieu de l'étude, afin de rencontrer en personne les ICS, ainsi que les IC des différentes unités de soins. Ces rencontres, préalablement approuvées par la DSI du milieu de l'étude, ont permis à l'étudiante-chercheuse de faire un rappel de son projet de recherche et des différentes modalités qui le composent. De plus, ces rencontres informelles lui ont permis de répondre, d'une part, aux différentes questions des questionnaires et d'autre part, d'évaluer les possibilités de recrutement sur les unités et les meilleures manières d'y parvenir. Cette dernière étape fut fructueuse et a permis à l'étudiante-chercheuse de recruter le nombre de participantes nécessaires pour son projet.

#### **Méthode de collecte et de gestion des données**

Dans cette section, l'étudiante-chercheuse détaille sa méthode de collecte et de gestion des données. Cette collecte des données s'est faite grâce aux entretiens semi-dirigés, ainsi qu'à l'élaboration d'un questionnaire de données sociodémographiques. De plus, les contextes d'utilisation des notes d'observation et du journal de bord seront aussi précisés.

#### **Questionnaire de données sociodémographiques**

Un questionnaire de données sociodémographiques a été élaboré par l'étudiante-chercheuse et a été rempli par les participantes en début d'entretien (Appendice I). Les informations sociodémographiques ont permis de qualifier la population à l'étude et ont offert des informations sur l'environnement de travail des participantes. À cet effet, les données recueillies ont permis de décrire les caractéristiques des participantes à l'étude quant à l'âge, au genre, à la formation en sciences infirmières, ainsi qu'à la date de fin de programme d'étude et d'obtention du permis d'exercice. De plus, elles ont permis d'identifier le nombre de mois de pratique clinique et de pratique à l'unité de soins actuelle, le quart de travail et le statut de l'emploi.

## Entretien semi-dirigé

En ce qui concerne la méthode de collecte de données pour répondre aux questions de recherche, des entretiens semi-dirigés d'une durée de 45 à 60 minutes ont été effectués auprès des participantes. Ces conversations flexibles ont permis à l'étudiante-chercheuse d'aborder les thèmes essentiels lui permettant de dégager une compréhension riche du parcours expérientiel du LCI chez des IND. Les entretiens semi-dirigés et individuels sont cohérents avec le devis de recherche et la posture épistémologique (Guba et Lincoln, 1994), puisqu'ils permettent, d'une part, un maximum d'interactions entre le chercheur et les participantes (Savoie-Zajc, 2006), et d'autre part, la mise en évidence des expériences significatives vécues par ces dernières quant à un phénomène particulier (Thorne, 2016).

Pour guider les entretiens, l'étudiante-chercheuse a utilisé un guide d'entretien qu'elle a préalablement conçu (Appendice J). Celui-ci est centré sur les thèmes à explorer, et ce, selon le cadre de référence, les questions de recherche, et le but de cette étude qualitative (Kvale, 2007). Ce guide a aidé l'étudiante-chercheuse à engager la conversation et à soutenir l'exploration des thèmes (Kvale, 2007), et ce, dans l'objectif d'inviter les IND à partager leur expérience (Avenier et Gavard-Perret, 2012; Creswell, 2013). Pour créer ce guide, l'étudiante-chercheuse a tout d'abord indiqué sur la première page le but, les questions de recherche, les critères de sélection des participantes, ainsi que des interventions d'introduction et de clôture. Ensuite, celle-ci a subdivisé ses questions d'entretien sous trois thématiques à explorer, d'abord : la pratique professionnelle de l'infirmière débutante (Benner, 2001), en posant la question ouverte « Parlez-moi de votre pratique clinique comme infirmière clinicienne ». Ensuite, pour l'exercice du LCI dans la pratique clinique, l'étudiante-chercheuse s'est inspirée des quatre principes qui peuvent affecter le parcours individuel de vie (Carpentier et White, 2013) pour orienter ses questions. Par exemple, pour mieux comprendre le parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez les IND celle-ci a posé les questions suivantes : « Quand vous pensez à votre première année de pratique professionnelle, essayez de vous rappeler les événements et/ou situations clés où vous avez exercé votre leadership ? À quel moment de votre parcours cet événement s'est-il passé ? ». Enfin, l'identification des éléments du contexte qui facilitent ou contraignent cet exercice a aussi fait l'objet de questions ouvertes permettant de recueillir les expériences des participantes.



Le guide d'entretien a été préalablement présenté dans le cadre d'une rencontre de codéveloppement avec cinq étudiantes des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette rencontre est animée par la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse. Des discussions quant à la pertinence des questions ont eu lieu et des reformulations de questions ont été apportées de sorte à rendre les questions plus ouvertes et plus flexibles. Il est à noter que ce guide a été revu par les membres du comité d'approbation scientifique puis testé auprès de trois étudiants aux cycles supérieurs. En effet, dans le cadre d'un cours d'analyse qualitative offert au cheminement académique à la maîtrise, l'étudiante-chercheuse a pu tester son guide lors de ses pratiques d'entretien. Certaines sous-questions ont émergé des questions préalablement choisies de sorte à préciser les descriptions des parcours expérientiels vécus par les IND participantes.

Avant l'arrivée des IND participantes, le matériel d'enregistrement a été testé (Doody et Noonan, 2013). Ensuite, pour établir une relation conviviale d'échange et de confiance, l'étudiante-chercheuse s'est assurée du confort de ceux-ci et leur a apporté une boisson chaude et/ou froide (café, eau, jus, Perrier, thé), choisie lors d'un échange par courriel. Tout en leur démontrant de l'intérêt et du respect, celle-ci s'est présentée puis a procédé à une phase d'ouverture (Thorne, 2016) en prenant bien soin de rappeler les objectifs de l'étude et l'orientation des échanges, et ce, dès les premières minutes d'entretien (Talmage, 2012). Cette étape brise-glace est importante dans le cadre d'une posture épistémologique constructiviste, puisque tel qu'indiqué par Kvale (2007, p. 6, traduction libre) « les personnes interrogées voudront avoir une compréhension de l'intervieweur avant de se permettre de parler librement et d'exposer leurs expériences et leurs sentiments à un inconnu ». Dans cette même phase d'introduction, l'étudiante-chercheuse a remercié les IND de leur participation volontaire, a réexpliqué toutes les mesures de confidentialité, s'est assurée d'obtenir la permission d'enregistrer l'entrevue sur une bande audio (Thorne, 2016), puis a procédé à la signature écrite du formulaire d'information et de consentement (Appendice K). De plus, l'étudiante-chercheuse a avisé les participantes qu'elles peuvent s'exprimer librement, qu'elles peuvent refuser de répondre à une question et qu'elles peuvent mettre fin à l'enregistrement si elle le désire, et ce, en tout temps (Kvale, 2007). Pour terminer, dans un souci de respecter l'expérience des participantes, l'étudiante-chercheuse a informé les participantes que les premiers résultats

d'analyse peuvent leur être transmis par courriel ou par appel téléphonique. Ces derniers pouvaient ainsi émettre des commentaires, s'ils le désiraient, sur la validité des résultats préliminaires. Il est à noter que cinq participantes ont refusé, trois ont consenti, mais que l'étudiante-chercheuse n'a reçu aucune réponse à ses appels.

Ensuite, l'étudiante-chercheuse a demandé aux IND participantes d'utiliser un outil visuel permettant la conceptualisation de leur parcours dans un intervalle de temps (Appendice L). Celles-ci devaient indiquer les moments-clés ou ces dernières ont, selon elles, exercé leur LCI. L'entretien débutait par le partage de leur expérience de leadership avec l'étudiante-chercheuse. Tout au long de l'entretien, l'étudiante-chercheuse a démontré une attitude de non-jugement et d'ouverture et s'est assurée de maintenir un degré d'informalité en facilitant l'échange et la prise de parole dans un climat de confiance (Kivits, Balard, Fournier et Winance, 2016). Par ailleurs, l'étudiante-chercheuse a utilisé les principes d'observation pour rester à l'affût des interactions non verbales de l'IND (Kivits et al., 2016). Ces réactions et émotions observables ont été notées, après les entretiens, sous forme de notes de terrain et lui ont permis d'alimenter son analyse des données (Doody, 2013; Sifer-Rivière, 2016). En effet, Foley (2016, p. 123) explique que le chercheur doit rester attentif « à l'organisation spatiale, au langage non verbal et [doit veiller] à saisir l'atmosphère en utilisant tous ces sens ». Pour terminer, tel que proposé par Kvale (2007), Kivits et al. (2016), Thorne (2016) et Savoie-Zajc (2009), l'étudiante-chercheuse a procédé à une période de *débriefage* post-entretien avec la participante. Cette période, enregistrée, a permis à l'étudiante-chercheuse d'évaluer l'expérience d'entretien vécue par les participantes, d'évaluer la qualité de ses entretiens et d'identifier les pistes d'amélioration pour les entretiens futurs. Cette étape essentielle au processus d'entretien a permis à l'étudiante-chercheuse de remercier les IND pour leur participation (Polit et Beck, 2007) et lui a permis de questionner les participantes quant à leur expérience d'entretien (Kvale, 2007). Par exemple, celle-ci a demandé en fin d'entretien : « Y'a-t-il d'autres éléments que vous n'avez pas eu l'occasion d'exprimer et que vous aimeriez ajouter, et qui serait en lien avec ma recherche? Aimeriez-vous ajouter quelque chose? » Ces questions ouvertes en fin d'entretien leur ont offert l'opportunité d'approfondir ou de commenter certains éléments discutés au préalable (Kvale, 2007).

## **Notes d'observation**

Dans le cadre de son étude qualitative, l'étudiante-chercheuse a utilisé ses notes d'observation pour alimenter sa méthode de collecte et de gestion des données (Laperriere, 2009; Patton, 2002; Thorne, 2016). Les notes d'observation ont été consignées à deux moments précis, soit exactement avant et après les entretiens avec les participants. Avant l'entretien, l'étudiante-chercheuse a pris en note la description du lieu choisi par la participante pour l'entretien, le moment de la journée, ainsi que les éléments importants retenus lors des échanges par courriels avec la participante. Après l'entrevue, l'étudiante-chercheuse a consigné les indications quant aux intonations de voix, aux positions corporelles et aux émotions, ce qui lui a permis de compléter les données verbales (Kivits et al., 2016), de contextualiser l'entretien et de mieux comprendre les subtilités des échanges (Broom, Hand et Tovey, 2009; Polit et Beck, 2007). De plus, les notes d'observation ont permis à l'étudiante-chercheuse de mieux comprendre le contexte des entretiens (Patton, 2002), d'enrichir l'analyse de ceux-ci et de mieux contextualiser les propos des IND participantes (Polit et Beck, 2007).

## **Journal de bord**

L'étudiante-chercheuse a tenu un journal de bord tout au long de sa recherche, afin de documenter ses réflexions et observations personnelles (Baribeau, 2005). Le journal de bord lui a permis de documenter ses questionnements quant au plan de recrutement des participantes, ainsi que le choix des méthodes de collectes et de gestion des données (Day, 2002; Valéau et Gardody, 2016). Lors de son analyse des données, le journal de bord lui a permis de noter ses réflexions, ses questionnements, ainsi que les émotions générées par la lecture des entretiens. D'ailleurs, toutes les décisions quant aux définitions du LCI, à la structure de sa problématique, au choix de ses questions de recherche et de sa posture épistémologique, aux critères d'inclusion des participantes, aux procédures de recrutement s'y retrouvent. Ce journal se subdivisait en différentes sous-sections qui permettaient à l'étudiante-chercheuse de regrouper ses informations. Les sous-sections sont les suivantes : questions pour directrice, préparation des entretiens, réflexion post-entretien, liste des participants retenus et courriels, analyse des données, choix méthodologiques, ainsi que sujets à discuter en rencontre de co-développement. C'est d'ailleurs à partir des informations consignées

que l'étudiante-chercheuse planifiait les éléments qu'elle voulait amener en rencontre de co-développement avec sa directrice de recherche.

### **La gestion des données**

Tout d'abord, les entretiens sur bande audio ont été transcrits intégralement dans le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word, et ce, par une personne externe au projet. Cette personne a signé une entente de confidentialité, qui comprend la destruction des données suite aux transcriptions (Appendice M). Tous les verbatim transcrits comprennent les silences et les onomatopées (Poland, 2011). Toutes les transcriptions ont intégralement été relues par l'étudiante-chercheuse et comparées aux différentes bandes d'enregistrement, pour en valider la conformité et réduire les risques d'erreurs de transcription (Poland, 2011). L'étudiante-chercheuse a annoté les verbatim en y ajoutant les spécifications retenues, lors de sa prise de notes d'observation après les entretiens, et ce, tel que proposé par Polit et Beck (2007).

### **La méthode d'analyse de données**

L'étudiante-chercheuse a utilisé le logiciel *QDA Miner* v.5.0 pour amorcer l'analyse des données collectées. Les transcriptions préalablement produites sur le logiciel de traitement de texte Word y ont été importées, à des fins d'analyse. Dans le cadre de cette étude qualitative descriptive, l'analyse de contenu thématique a été privilégiée (Thorne, 2016). Ainsi dans le cadre de ce mémoire, cette méthode a été réalisée selon la méthode proposée par Paillé et Mucchielli (2016).

La première étape du processus d'analyse des données est celle de l'identification des ensembles thématiques saillants (Paillé et Mucchielli, 2016). Afin de construire un arbre thématique, l'étudiante-chercheuse a procédé à l'identification des ensembles thématiques saillants, et ce, en créant un tableau à l'aide du logiciel Excel. Un extrait de ce tableau se retrouve à la page suivante (Tableau 1).

**Tableau I : Exemple de l'identification des ensembles thématiques saillants.**

<b>Participant: #AD03</b>			
<b>Nombre de mois de pratique clinique/ sexe</b>	<b>Expérience professionnelle</b>	<b>Définition du LCI</b>	<b>Notion de parcours expérientiel</b>
6 mois/♀	*Externe x 1 été *Unité A : Stage final du BAC (25 jours) *Infirmière Unité B (6mois)	C'est une influence positive que l'on exerce non seulement auprès de nos collègues de travail mais aussi auprès des patients et des autres professionnels de la santé.	*Les 2-3 premiers mois, c'est plus difficile d'exercer le LCI, car il y a beaucoup d'incertitude. *Plus l'IDA est habile dans la prestation des soins, plus elle est confiante et plus elle exerce son LCI. * « c'est au fur et à mesure que t'apprends à connaître les gens que t'apprends un peu plus comment fonctionne le système, comment, t'es plus à l'aise avec la spécialité aussi » « c'est plus, avec l'expérience aussi ». *La formation universitaire encourage le LCI et prépare l'IDA, mais plus difficile de l'exercer dans le milieu clinique.
<b>L'exercice du LCI par l'IND</b>	<b>Les éléments du contexte de pratique qui contraignent l'exercice du LCI</b>	<b>Les éléments du contexte de pratique qui facilitent l'exercice du LCI</b>	<b>Transition dans les soins pour une IDA</b>
*L'IDA exerce davantage son LCI lors de la collaboration avec les collègues (aide les autres infirmières lors de situation plus complexe) *Le LCI difficile à exercer pour une personne timide + peu confiance en soi. *IDA exerce son LCI avec les patients	*Lors du quart de nuit l'IDA fait moins d'évaluations cliniques, ce qui la restreint dans l'exercice de son LCI auprès des patients. *IDA se restreint dans son propre LCI puisqu'elle se dit : «je n'ai pas encore ma place, peut-être que je devrais rester tranquille et	*Équipe de travail présente et encourageante *Accès aux personnes ressources (infirmière plus expérimentées, conseillère en soins infirmiers et coordonnatrices). *Ouverture de la chef d'unité face aux nouveaux projets des employés.	*Beaucoup d'incertitude face à la prise de décision dû au manque d'expérience.

lorsqu'elle fait de l'enseignement ou lorsqu'elle encourage les patients à améliorer leur situation de santé. *IDA trouve difficile d'exercer LCI dû à son manque d'expérience clinique *IDA exerce son LCI auprès de l'équipe [IPS] lorsqu'elle présente les patients. Elle peut faire des suggestions.	tranquillement me faire une place ». *Peu de stage à l'université qui ont réellement préparé l'IDA à exercer son LCI. *Le manque de complicité avec les membres de l'équipe rend l'intégration difficile pour l'IDA ce qui la nuit dans l'exercice de son LCI. *Relation difficile avec sa préceptrice *Jugement de l'assistant face aux connaissances de l'IDA *Charge de travail augmenté		
--	--	--	--

La seconde étape du processus d'analyse des données est celle du « relevé de thèmes » (Paillé et Mucchielli, 2016). Cette étape fait référence à la production d'une liste de thèmes accompagnée de leurs définitions et assemblées sous des rubriques. Les thèmes définis par l'étudiante-chercheuse sont les suivants : leadership clinique infirmier, infirmière nouvellement diplômée, ainsi que parcours expérientiel. Ici, les rubriques permettent d'organiser le travail d'analyse de contenu et regroupent l'ensemble des thèmes d'une même famille (Paillé et Mucchielli, 2016). L'ensemble des thèmes identifiés ont été regroupés en fonction de leur récurrence, leur divergence, ou leur opposition (Paillé et Mucchielli, 2016). Pour y arriver, l'étudiante-chercheuse a généré les rubriques suivantes : 1) expérience professionnelle, 2) définition du LCI selon l'IND, 3) notion de parcours expérientiel, 4) l'exercice du LCI par l'IND, 5) les éléments du contexte de pratique qui contraignent l'exercice du LCI, 6) les éléments du contexte de pratique qui facilitent l'exercice du LCI, ainsi que la 7) transition dans les soins pour l'IND. Cela a facilité le travail d'analyse et a diminué la répétition des thèmes dans différentes rubriques. Les thèmes identifiés sous forme de liste auraient pu prendre différentes formes, soit : le relevé de thèmes linéaires, ventilés, par colonnes avec extraits de verbatim et transversales. Dans le cadre de son analyse, l'étudiante-chercheuse a privilégié le relevé de thèmes ventilé par colonne avec extraits de verbatim,

puisqu'elle a préféré modéliser les rubriques, thèmes, les sous-thèmes et les extraits de verbatim sous forme de tableau récapitulatif (Tableau II).

**Tableau II : Exemple d'une construction d'un arbre thématique.**

Question de Recherche	Rubriques	Thèmes	Sous-thèmes	Extraits de verbatim
Comment des infirmières bachelières nouvellement diplômées décrivent-elles leur parcours expérimentiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?	L'exercice du LCI par l'IND	Collaboration et communication inter et intra professionnelle efficace	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partage efficace des tâches avec l'infirmière auxiliaire</li> <li>2. Demander l'aide aux collègues PRN</li> <li>3. <b>Offrir son aide aux collègues lors de situations plus critiques</b></li> <li>4. Communication efficace avec l'équipe traitante (lors des rapports et/ou appels téléphoniques)</li> </ol>	« <i>Ma collègue aux soins intermédiaires [...] avait un patient qui allait pas bien [...] j'ai pris la relève, j'ai pris les signes vitaux et je suis allée voir chacun de ces patients [...] ça c'était un exemple de leadership où j'ai pris l'initiative d'aller voir les autres patients et de les prendre en charge parce que l'infirmière elle ne pouvait pas [...] je me suis sentie fière de moi parce que j'aidais ma collègue, mais aussi c'est ça qu'il fallait faire</i> » (Alice, 6 mois d'expérience clinique)
Quels sont, selon des infirmières bachelières nouvellement diplômées, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur leadership clinique infirmier ?	Les éléments du contexte de pratique qui contraignent l'exercice du LCI	<p>Facteur <b>contraignant</b></p> <p>Communication dysfonctionnelle et hiérarchique entre professionnels</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autorité du médecin</li> <li>2. <b>Communication inefficace équipe intra</b></li> <li>3. Communication stressante</li> <li>4. Communication frustrante</li> <li>5. Se taire</li> <li>6. Peur de dire nos pensées</li> <li>7. Se sentir jugée par collègues</li> <li>8. Comparaison entre les infirmières BAC et DEC</li> </ol>	« <i>Si tu veux donner une opinion, c'est plus difficile; quand tu veux par exemple changer les choses aussi c'est plus difficile parce que tu sais qu'ils te regardent moins comme collègue don tu ne sais pas si ton idée va valoir la peine... [...] y'en a d'autres qui ne te regarde même pas dans les yeux [...] certains nous donnent des ordres et ne nous regardent pas comme des collègues [...] C'est difficile d'avoir du leadership à ce moment-</i>

			9. Perception d'un ton arrogant (des ASI et/ou collègues) 10. Se sentir non-écoutée	<i>là» (Léa, 6 mois d'expérience clinique)</i>
--	--	--	--	--

Ensuite, pour trier les thématiques retenues, l'étudiante-chercheuse a produit un schéma conceptuel rassemblant tous les sous-thèmes et les liens entre ceux-ci. Ce schéma a été conceptualisé sur le logiciel *CmapTools* (Appendice N). Ainsi, celle-ci a été en mesure de trier les thèmes, de comparer ces derniers, de chercher des liens et d'identifier les meilleurs regroupements possibles. Ensuite, l'étudiante-chercheuse a construit progressivement son arbre thématique, qu'elle a d'ailleurs présenté oralement à quelques reprises aux étudiants des cycles supérieurs de l'atelier de codéveloppement animé par sa directrice, puis ajusté. Finalement en modélisant les regroupements thématiques l'étudiante-chercheuse a été mesure d'identifier les thèmes issus de ses entretiens.

Tous les thèmes ont été identifiés par l'étudiante-chercheuse. Toutes les cartes conceptuelles de thèmes et tous les tableaux récapitulatifs des descriptions de concepts ont été présentés à la directrice de recherche. De nombreuses discussions sur le processus d'analyse ont eu lieu. L'étudiante chercheuse et sa directrice de recherche ont discuté de la validité des thèmes qualitatifs et ont veillé à ce que les résultats sélectionnés soient représentatifs de l'expérience des IND participantes. En effet, l'un des thèmes identifiés par l'étudiante-chercheuse « exercice du LCI grâce au jugement clinique infirmier et à la prise d'initiatives » a grandement été débattu lors des échanges et a été retiré puisqu'ils ne représentaient pas significativement ce que les IND qualifiaient de manière d'exercer leur LCI. Les décisions ont été prises à la suite d'un consensus. Il est à noter que les notes d'observations prises par l'étudiante-chercheuse ont été transcrites dans le logiciel Microsoft Office Word, puis ajoutées au logiciel d'analyse des données, afin de compléter les données d'entrevues.



## **Critères de rigueur scientifique**

Pour assurer la qualité de cette étude, des critères scientifiques ont été respectés. Dans une perspective constructiviste, Guba et Lincoln proposent les critères suivants, soit : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et l'authenticité (Gohier, 2004).

### **Crédibilité**

Certaines mesures doivent être prises pour améliorer et évaluer la crédibilité des résultats. Cette crédibilité repose essentiellement sur la cohérence logique inhérente aux référents théoriques, à la question de recherche, aux méthodes de collecte et d'analyse des données ainsi qu'aux résultats (Santiago-Delefosse, Gavin, Bruchez, Roux et Stephen, 2016). Ainsi, pour assurer la crédibilité de son étude, l'étudiante-chercheuse a présenté et partagé les résultats de son analyse avec la directrice de recherche, et ce, afin d'offrir un portrait le plus authentique possible du parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez des IND. Pour y arriver, celle-ci a décrit en détail dans ce chapitre le contexte de l'étude et les étapes méthodologiques. De plus, par la participation de la directrice de recherche à la vérification des catégories, des thèmes, des explications et des modèles qui ont été utilisés durant l'analyse des données, celle-ci s'est assurée de l'authenticité des résultats. Pour terminer, l'étudiante-chercheuse a appelé les trois participantes qui ont préalablement accepté pour leur faire part des résultats retenus. Malheureusement elle n'a obtenu aucun retour d'appel des participantes. Dans une approche épistémologique constructiviste, l'expérience de LCI vécue par les IND est l'essence même des données analysées. Ici les résultats sont le reflet de la compréhension de l'étudiante-chercheuse du parcours expérientiel des participantes.

### **Transférabilité**

Afin d'assurer une transférabilité des résultats de la recherche, l'étudiante-chercheuse a documenté, de façon intégrale et précise, le contexte de réalisation de son étude (Polit et Beck, 2007) ainsi que l'échantillon des IND qui y ont participé. Ainsi, pour assurer une transférabilité des résultats l'étudiante-chercheuse a détaillé le déroulement de son projet en offrant une description minutieuse et honnête du contexte de l'étude, et ce, dans le chapitre de la méthode, ainsi que dans celui des résultats. Ce faisant, le lecteur pourra évaluer l'existence d'une similarité

contextuelle pour appliquer la transférabilité des résultats de cette étude. Pour terminer, l'étudiante-chercheuse a énoncé de façon explicite les limites de son étude, afin de guider le lecteur dans la possible transférabilité à des établissements de santé similaires.

## **Fiabilité**

Pour assurer la fiabilité d'une recherche interprétative, le chercheur doit démontrer de la transparence (Gohier, 2004). Ainsi, par l'utilisation de ses notes d'observations et par la tenue d'un journal de bord tout au long du processus de recherche, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de garder une approche distante et empreinte de non-jugement face aux résultats émergents de sa collecte des données. De plus, pour assurer ce critère scientifique, l'étudiante-chercheuse a traité les données analysées puis a demandé à sa directrice de participer au processus d'analyse. Ce faisant, l'étudiante-chercheuse a assuré la collaboration des chercheurs pour l'analyse des données, ce qui soutient la fiabilité. Les thèmes ont ainsi pu être comparés à des fins de validation.

## **Authenticité**

Pour Guba et Lincoln, l'authenticité « renvoie à l'idée de véridicité et de sincérité » (Gohier, 2004, p. 9). Ici, l'authenticité est synonyme de congruence et ne se caractérise pas comme un critère de rigueur méthodologique, mais plutôt comme un critère de rigueur relationnelle. Ce critère amène le chercheur à attribuer une place importante au processus de co-construction des représentations de la réalité avec les sujets de la recherche. Pour y arriver, l'étudiante-chercheuse a, tout au long de son recrutement et de sa collecte des données, été sensible et attentive aux relations qu'elle entreprend avec les participantes (Bourgeois, 2016). Elle s'est assurée de « respecter tous les acteurs impliqués dans la recherche au triple plan de leur dignité, de leur intégrité et de leur intimité, et cela, au-delà des précautions méthodologiques habituelles, tels l'anonymat et la confidentialité » (Gohier, 2004, p. 9). Elle s'est également assurée que leurs propos n'étaient pas dénaturés par l'analyse des données et que ces dernières soient intégralement transcrites sous forme de verbatim dans les résultats.

## Considérations éthiques

Afin de réaliser cette étude, il est essentiel d'obtenir le consentement libre et éclairé des participantes sans qu'aucune forme de contrainte ne soit présente lors du processus de recrutement (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, 2014; Polit et Beck, 2007; Streubert, 2011). Pour assurer qu'un tel processus soit effectué adéquatement, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de bien décrire à chaque IND participante les différents éléments de son projet de mémoire, en y incluant la nature de l'étude, les bénéfices, les retombées anticipées, ainsi que toutes les modalités du déroulement en pré et en post entretien, soit des éléments qu'elle a préalablement présentés à la personne-ressource et au comité éthique de recherche [CER] du milieu spécifique de l'étude. De plus, l'étudiante-chercheuse a informé les participantes que leur participation à l'étude était volontaire et confidentielle, qu'elles sont libres de refuser et qu'elles peuvent également se retirer du projet à n'importe quel moment, et ce, sans avoir besoin de se justifier. De plus, celle-ci leur a mentionné que leurs propos ne seront en aucun cas transmis au milieu de soin.

Ensuite, l'étudiante-chercheuse a invoqué à chaque IND participante les risques associés à la participation de ces dernières à l'étude. Il n'y a aucun risque physique connu à participer à ce projet de recherche. Néanmoins, certaines émotions suscitées par la description de l'expérience peuvent se manifester lors des entretiens. Le principal risque que nous pouvons entrevoir est celui d'une prise de conscience du niveau d'exercice de la compétence de LCI. Cette prise de conscience pourrait mener à une autodévalorisation. En effet il est possible que celles-ci puissent percevoir un manque de LCI dans leur pratique, voire même une incompétence professionnelle, ce qui générerait des sentiments négatifs non négligeables. Ainsi, pour remédier à cette possibilité, l'étudiante-chercheuse a formulé ses questions de manière à normaliser et apporter du soutien ; également, elle a identifié à l'avance, auprès de la personne-ressource du milieu, les accès aux programmes d'aide aux employés (PAE). De plus, en début d'entretien, celle-ci a réitéré les objectifs de l'étude et s'est assuré de rappeler à chaque IND participante la visée descriptive et non évaluative de l'exercice de cette compétence. En fin d'entretien chaque IND participante a eu en sa possession l'information nécessaire quant aux services d'aide accessibles pour tous les membres du personnel. Ces services

se retrouvent dans le formulaire d'information et de consentement élaboré par l'étudiante-chercheuse, au niveau de la sous-section « identification des personnes-ressources ».

Pour honorer la confidentialité des données des participantes, certaines stratégies ont été mises en place par l'étudiante-chercheuse (Kaiser, 2009; Polit et Beck, 2007). En effet, puisque le milieu de l'étude est une communauté relativement restreinte en nombre d'infirmières nouvellement diplômées respectant tous les critères de sélection, une attention particulière a été accordée à la codification des données. Premièrement, le nom et les caractéristiques des participantes ne seront en aucun cas divulgués et toutes les données ont été anonymisées. Cela a permis d'éviter les bris de confidentialité, l'identification et la stigmatisation des participantes. De plus, toutes les informations permettant l'identification de celles-ci ont été retirées par l'étudiante-chercheuse des logiciels de transcription (Kaiser, 2009). Pour ce faire, des pseudonymes ont été utilisés et tout le matériel audio et numérique a été regroupé sur une clé USB cryptée et sécurisée par un mot de passe (Thorne, 2016). En effet, tel que décrit par Polit et Beck (2007, p. 101) le chercheur doit remplacer les noms des participantes dans tous « les fichiers informatiques, afin de prévenir toute violation accidentelle de la confidentialité des renseignements ». Seule l'étudiante-chercheuse a accès au mot de passe. De plus, toutes les informations retrouvées dans les questionnaires de données sociodémographiques permettant l'identification des participantes ont été anonymisées. Pour terminer, les fichiers informatiques et enregistrements audio ont été conservés sur un serveur sécurisé et les documents papier ont été placés dans un classeur barré à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Les stratégies mises en place par l'étudiante-chercheuse ont permis aux participantes de pouvoir effectuer un choix libre et éclairé en plus de garantir la protection de leurs données. Pour terminer, il est à noter qu'aucun incitatif financier n'a été mis en place par l'étudiante-chercheuse.

## **CHAPITRE 4**

### **Résultats**

## Introduction à l'article

Dans le cadre de ce chapitre, l'étudiante-chercheuse présente les résultats de son étude sous forme d'un article qui sera soumis pour publication. Le périodique scientifique visé est le suivant : *Nurse education Today*. Cette revue scientifique s'intéresse aux manuscrits en formation infirmière ou en formation d'autres professions de la santé, qui couvrent des dimensions théoriques ou la présentation de résultats de recherche. La présentation des résultats de notre projet de recherche sur le parcours expérientiel du LCI des IND s'inscrit dans les thématiques de cette revue internationale. La soumission de cet article rédigé en anglais est prévue pour avril 2020. Les critères de cette revue se trouve à l'Appendice O. Il est à noter que la directrice, co-auteure de cet article, a accepté que celui-ci soit intégré dans le mémoire.

L'étude a été conduite auprès de huit infirmières cliniciennes nouvellement diplômées qui pratiquent la profession infirmière dans un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. Elles ont toutes une pratique clinique inférieure à 12 mois, soit 1, 5 (n=2), 6 (n=3), 10 et 11 mois. Celles-ci travaillent dans différentes unités de soins, allant de la médecine interne, à la transplantation, aux urgences, à la cardiologie, à la chirurgie et aux soins post-partum. Sur une trajectoire de temps de 12 mois de pratique clinique, nos résultats montrent que les IND expriment cinq manières cumulatives d'exercer leur LCI dans leur pratique clinique. Elles identifient aussi plusieurs éléments du contexte qui facilitent ou contraignent leur LCI dans leur pratique professionnelle.

# **The experiential path of exercising clinical nursing leadership among newly graduated nurse: an interpretative descriptive study.**

## **Abstract**

*Purpose* Western healthcare systems rely on the exercise of nursing competencies to ensure patient safety. Among them is clinical leadership. Nurses are expected to demonstrate high level of clinical nursing leadership (CNL) in their practice, regardless of the length of their experience. The literature provides an understanding of the development of this nursing competency, with landmarks of its exercise, but remains silent regarding the pathways of its exercise early in the career. The *aim* of this interpretive qualitative descriptive study was to describe the experiential path of exercising CNL among newly graduated nurses (NGNs) in their first year of professional practice, including the identification of elements that facilitated or impeded its exercise, from their perspective. The conceptual framework guiding this study encompasses the development of clinical nursing expertise (Benner, 2001) and the notion of individuation through life courses (Carpentier & White, 2013). *Method* Data was gathered from semi-structured interviews, lasting 45 to 60 minutes, with eight NGNs from one university hospital. All audio taped interviews were individually coded and analyzed according to a thematic content analysis method. *Results* NGNs related five cumulative ways of exercising CNL within their first year of professional practice; 1) maintaining an optimal level of quality of their patient care; 2) collaboration and effective communication with the care team; 3) adopting the role of clinical preceptor; 4) professional involvement beyond the patient care; 5) improving practices by consulting scientific evidence. Furthermore, these participants identified factors that facilitated or impeded their ability to exercise CNL in a one-year trajectory. These factors fall into three categories; teams, shifts and resources. *Conclusion* NGNs need to be supported by their nursing organizations to exercise their CNL during the first 12 months of professional practice. Our findings have the potential to guide strategies for supporting the exercise of this competency within the nursing practice.

## **Keywords**

Clinical nursing leadership; experiential path; newly graduated nurses.

## **Introduction**

In the current clinical practice, nurses are not only faced with a complexification of care but also with rapidly changing organizational structures (Sorensen, Iedema, & Severinsson, 2008). In response to the increasing health needs of the aging and diverse populations, and despite the restructuring of the healthcare systems, nurses are expected to provide quality of care and ensure patient safety (Patrick, Laschinger, Wong, & Finegan, 2011).

Among the competencies that nurses develop, clinical nursing leadership (CNL) in professional practice is essential and seems to maximize clinical reasoning (Goudreau et al., 2015). In addition, many researchers argue that the development of CNL in professional practice is essential for optimizing the quality of care and patient safety (Stanley & Stanley, 2018). Patrick et al. (2011) define CNL as a process that is expressed in the professional behaviors of nurses who provide direct patient care. Nurses exhibiting CNL are nurses who, through their critical reflection and the use of their knowledge and expertise, influence and mobilize patients, families and colleagues to offer the best care in order to achieve positive patient outcomes (Patrick et al., 2011). This competency is also expressed in the nurse's ability to propose changes (Casey, McNamara, Fealy, & Geraghty, 2011) and carry them out, with the goal of influencing and improving the development of nursing skills, professional practice and reforming care practices (Brown, Crookes, & Dewing, 2016). This article presents the results of a research study in nursing. It will shed light on how newly graduated nurses (NGNs), with less than a year of clinical practice, exercise their CNL in their professional path.

## **Literature review**

The literature is abundant on the stress that NGNs experience in clinical settings (Parker, Giles, Lantry, & McMillan, 2014), on their feelings of being inadequately prepared for the realities that come with nursing care (Missen, McKenna, & Beauchamp, 2014), and on the difficulty adjusting to their new role (Laschinger et al., 2016). Organizational changes, such as an increase in the number of hospitalized patients with comorbidities, reduced length of stay for patients, and shortage of care staff are causing an increase in workloads for these nurses (Regan et al., 2017).



In this complex professional context, researchers noted that, despite their formal education, it is difficult for NGNs, particularly those who have been practicing for less than a year, to undertake CNL in practice settings (Ekström & Idvall, 2015; Won, 2015). In fact, many researchers found that exercising CNL presents a significant challenge for NGNs who continue to learn to prioritize their activities, organize care, delegate and collaborate with other professionals (Casey et al., 2011; Stanley & Stanley, 2018). Previous research on the CNL of NGNs was focused on the process of developing CNL, from novice to expert (references removed during review) and on ways to support this development in clinical settings (Chappell & Richards, 2015; Ekström & Idvall, 2015; Larue, Dubois, Girard, Goudreau, & Dumont, 2013; Won, 2015). There is a consensus among these researchers that NGNs face many difficulties when trying to develop and exercise their CNL. They reported that the NGNs themselves feel abandoned and do not believe that their respective organizations have provided them with the tools necessary to discuss the problems they are facing when exercising CNL. These nurses also told researchers they felt replaceable, and not valued by managers. This, they felt, affected their exercise of CNL (Ekström & Idvall, 2015). Following their systematic review on NGNs transition programs, Chappell & Richards (2015) concluded that a leadership program, undertaken during the transition process to clinical settings, would significantly increase the development and exercise of this competency in the clinical practice of NGNs. To our knowledge, no study has yet examined the specific experiential path of CNL in NGNs over a one-year trajectory, which could provide crucial knowledge on how they exercise CNL and on the factors that facilitate or impede this exercise.

### **Theoretical underpinnings**

The theoretical underpinnings guiding this study encompass the development of clinical nursing expertise as described by Benner (2001) as well as the notion of individuation through life courses, developed in sociology by Carpentier and White (2013).

First, Benner (2001, p. 3) suggests that clinical “expertise develops when the clinician tests and refines propositions, hypotheses, and principal-based expectations in actual practice situations”. Benner’s phenomenological research (2001) helps understand how NGNs, whom she named “Advanced Beginner nurses” (ABN), develop professional skills and competencies by

noticing recurring aspects of care situations. Through her model this author explains that ABNs have an adequate level of performance and situational awareness, while, their understanding of situations is incomplete. Benner's description of ABN has allowed to better situate our participants' expertise level.

Second, Carpentier & White (2013) defines individuation through the life course as individual trajectories within a context. The notion of trajectories refers to the principles of 1) interaction; 2) temporality; 3) interdependence and 4) individual intentionality. By those principles, Carpentier & White (2013) explained that individuals from a same cohort are likely to live a similar experience and that the construction of a life trajectory is done through the continuous relationships between individuals. The individual intentionality refers to the person's power to act. This power of action leads individuals, through the reflexive process, to build their own way of life within a same context. The notion of individuation then refers to the diversity in each individual's experiential path during a specific time period. This life course perspective has inspired our empirical research to describe the experiential path of nurses who develop and interact in their professional context. The aim of this study was to describe the experiential path of clinical nursing leadership (CNL) practice in NGNs including the factors that facilitated and impeded this practice.

## **Method**

A qualitative interpretative descriptive design (Thorne, 2016) was used to document how NGNs 1) describe their experiential path of clinical nursing leadership exercise in their first year of professional practice; and 2) identify, according to NGNs, the elements of the nursing practice that facilitate or impede the exercise of their CNL. The Research Ethics Boards of the clinical and academic milieus approved this study. Free and informed consent of the participants was obtained.

Eight NGNs were recruited from a large French-speaking university hospital in Quebec (Canada). Convenience sampling was used. We proceeded with a virtual recruitment through the platform of the nursing youth committee of this hospital. Posters were also posted on the units. Inclusion criteria included: 1) nurse employed at the university hospital; 2) NGN with a clinical practice less than or equal to 12 months after obtaining the Quebec Nurses' license to practice; 3)

completed a Bachelor of Science in Nursing (B.Sc.), initial or integrated education, since CNL is a specific competency developed within undergraduate nursing studies.

The first author conducted a semi-structured interview, lasting 45 to 60 minutes, with each participant. All audio taped interviews were individually coded and analyzed according to a thematic content analysis method (Paillé & Mucchielli, 2016). Conceptual maps of themes and summary tables of concept descriptions were discussed with the second author, at multiple occasions during the analysis process. In fact, both authors discussed the validity of the qualitative themes and made sure that the results were representative of the NGNs experience. Decisions were made by consensus. A logbook was kept during data collection. The participants completed a sociodemographic questionnaire. **Table 1** presents data regarding gender, age, care unit, employment status and number of months of practice. Diversity of the participants is shown in the care unit they work at and in the number of months of practice.

**Table 1. Information on participants (N=8)**

Gender		Age range		Care unit		Employment status		Number of months of practice	
♀	♂	≤ 25 years old	≥ 26 years old	Internal Medicine	1	Full time	Part time	1 month	1
				Transplantation	1			5 months	2
				Emergency	1			6 months	3
				Obstetrics	1			10 months	1
				Cardiovascular surgery	3			11 months	1
				Cardiac surgery	1				
7	1	7	1			5	3		

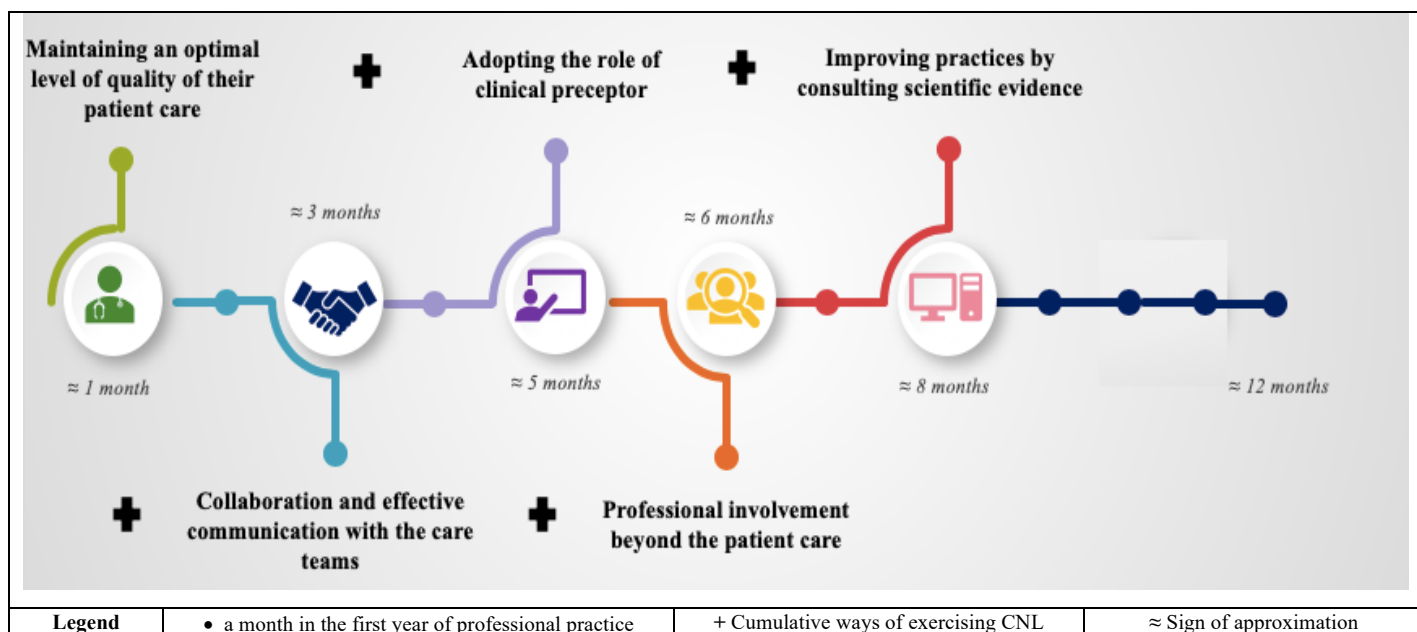
## Results

Results are presented in response to the two research questions and reflect the NGNs' perspectives. First, we found that NGN used various terms to define CNL, but their definitions shared similarities and complement each other. The NGNs used at least one of the following elements: positive influence, taking initiative, offering help to improve the quality of care and the security of their patients. Second, the participants found it difficult to exercise CNL during the first few months of their professional practice. However, they all expressed that their CNL exercise improved as they accumulated clinical experience. The interviewed nurses linked the difficulties

of their first months of practice to their adjustment to the clinical setting and to their responsibilities within this setting.

**1- How do newly graduated nurses with a bachelor’s degree describe their experiential path of clinical nursing leadership exercise in their first year of professional practice?**

The results pertaining to the experiential path of CNL is pictured in **Figure 1**. Analysis of the data indicated that during a period of 12 months, five cumulative ways of exercising CNL are experienced. NGNs consensually reported that gaining confidence over months of clinical practice allowed them to exercise their CNL in expanded ways. Thus, each new way of exercising CNL is added to the previous one which gives the cumulative effect. Each way is detailed, exemplified with translated excerpts from the interviews (fictitious names are used), and attributed a time frame. On a trajectory going from zero to 12 months of clinical practice, participants were asked to indicate when they exercised CNL in a particular way. It is important to note that all time frame differs slightly from one NGN to the other; hence a sign of approximation is found in the figure before the months.



**Figure 1. The experiential path of clinical nursing leadership exercise among newly graduated nurse in their first year of professional practice.**

**During the first month of clinical practice, exercising CNL was done by maintaining an optimal level of quality of their patient care.**

All NGNs aimed to maintain an optimal quality of their patient care. In order to achieve this, they, for example, took timely actions to ensure the security of patients, they consulted experienced colleagues of all disciplines, nursing educators and the assistant head nurse when care became more complex or when they needed to make important decisions to ensure patient safety.

*“I went to see the nurse assistant [...] I do not know how to do it, because you know I’m starting [...] I recognized my weaknesses, I went to get help” (Karla, 1 month).*

NGNs also described refining their clinical judgment in different situations, listening to clues from their observations, double-checking parameters from their health assessments, and taking initiative to ensure the quality of care and/or patient safety. In case of doubts, after having consulted experienced colleagues, one NGN recalled deciding to call the treating physician to inform of her patient's condition. She took full responsibility to call even if she was advised on a different follow up with her unstable patient. Other NGNs concur: if a doubt remains, they will still call the doctor to ensure quality of their care. Taking initiative also occurred when NGNs were confronted with new clinical situations and/or new procedures. For example, NGNs took initiatives when they took care of unstable patients or when they found that a procedure was not correctly applied by a team member.

**Around the third month of clinical practice, exercising CNL was also done through collaboration and effective communication with the care team.**

All participants noted that collaboration, within inter- and intra-professional teams, helped them exercise CNL, particularly when they offered to help colleagues with critical care situations.

*“My colleague [...] had a patient who was not doing well [...] I took over [the care of her other patients]. That was an example of leadership: [...] to take care of them because the nurse could not” (Alice, 6 months).*

Most NGNs also noted that they exercised CNL when they communicated effectively with the health care team, for example during telephone reports and visits on the units, with medical doctors and nurse practitioners.

*“We have a major role to play [...] sometimes they come to the unit and they don’t know the patients at all, so we tell them [the patient] history and we explain what happened, what was done, and we also make suggestions [...] you make a difference” (Lea, 6 months).*

For some NGNs communicating clearly with the assistant nurse assistance, planning and sharing the care to be done during the shift, as well as delegating tasks when caring for unstable patients, allows them to exercise their CNL.

**Around the fifth month of clinical practice, exercising CNL by adopting the role of clinical preceptor.**

As early as the fifth month into clinical practice, most NGNs became preceptors. They expressed that they exercise CNL by guiding, answering questions, sharing their knowledge and accompanying new nurses or nursing students in developing their competencies and bettering the care they provide.

*“I could answer her questions [...] Without doing the procedure in her place, but just by being there [...] it helps her, and I think I exercise my leadership in those moments” (Julia, 5 months).*

Even if they are aware that they are still advanced beginner clinicians and even if they did not received preparation for this role, NGNs stated that becoming a preceptor gave them the opportunity to act as a role model for students, nursing candidates and new nurses during their orientation period.

### **Around the sixth month of clinical practice, exercising CNL through professional involvement beyond the patient care**

Professional involvement in nursing projects and committees started around the sixth month for the interviewed participants. Moreover, a few NGNs expressed that when they felt they could not participate in change on their care unit, as much as they hoped to or when they felt that exercising CNL was, as one participant stated, “*frowned upon*” (Lea, 6 months), they reached out to participation opportunities outside of the care unit. They chose to get involved in the youth committee and to participate in new projects designed to help beginner nurses. They strived to make a difference in the profession and were primarily motivated to help other NGNs, using their professional strengths and resources.

*“I decided to be part of the youth committee. That’s where I could exercise my leadership as quickly as possible. [...] Sometimes they see me in the hallway [...] they know I’m in the youth committee, so they come to ask me questions”* (Lea, 6 months).

### **Around the eighth month of practice, exercising CNL by improving practices through consulting scientific evidence.**

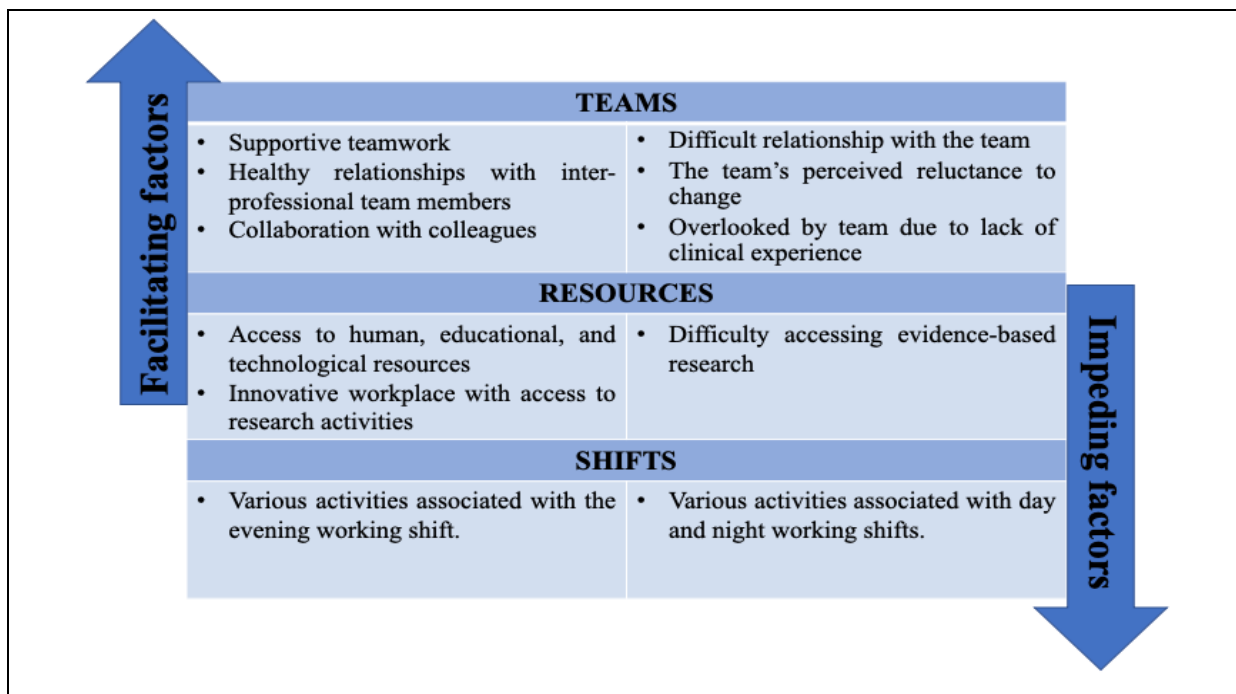
As they gained confidence in their care, the NGNs who had more than six months’ experience still strived to improve their clinical practices, and, around the eighth month of practice they found that the best way was through consulting scientific databases. When they looked for alternative care for patients who did not respond well to the usual care or when they hoped to improve their patient teaching, they turned to scientific resources. Sometimes, they shared the information to the nursing care team.

*“Leadership is [...] decreasing the patients’ hospitalization based on the scientific evidence and results [...] As we evaluated her, we could really see that she had hard stool. I went on the internet to see what we could give instead of Dulcolax<sup>TM</sup> because it did not work [...] I went on ‘Cochrane’ and all that”* (Barbara, 11 months).

In summary, NGNs exercised CNL in these five cumulative ways during their first year of nursing practice. However, they felt that some factors either facilitated or impeded this exercise.

**Question 2: What are, according to newly graduated bachelor’s nurses, the elements of the nursing practice that facilitate or impede the exercise of their clinical nursing leadership?**

According to NGNs, there are four main elements in nursing practice that encourage the exercise of CNL and five that impede this exercise. These factors are grouped into three large categories: teams, shifts and resources. The list of those elements is illustrated in **Figure 2**.



**Figure 2. Factors influencing clinical nursing leadership exercise among newly graduated nurse in their first year of professional practice.**

**Teams**

NGNs found that team members, particularly head nurses and nurse educators, who are present, encouraging and who, as they perceived them, are open to new projects, facilitate the exercise of their CNL “Some have good listening and it’s easier to go see them and they will accept



*your ideas* “(Julia, 5 months). Despite all, several participants expressed that they perceived a reluctance to change from some colleagues. They heard “*this is the way things are done*” (Barbara, 11 months) on care units and noted that some nurse managers or educators were not very proactive, as they did not follow up on the NGNs ideas.

NGNs also explained that healthy relationships with interprofessional team members foster collaboration, communication and provide them with the opportunity to better participate in the care team and exercise CNL in their professional practice.

One central point regarding the intra-professional team was explained by some NGNs as a perceived lack of their preparedness by their colleagues, which made it difficult for them to feel confident and to exercise CNL. Difficult relationships perceived by NGNs as impeding their exercise of CNL were related to their feeling judged by their colleagues about their procedural skills, while these colleagues might have felt threatened by the NGNs scientific background.

Some NGNs also reported that they were often overlooked by other members of the team due to their lack of clinical experience: “*I have been told [...] you don’t know the realities of the job yet, so stay on the side, and listen first [...] learn to walk before running*” (Barbra, 11 months).

Some NGNs noted that transition into nursing practice and into nursing teams is made more difficult by not having had enough clinical internship during their education, which would have increased their experience. “*In university, I find, we don’t have enough internships, we’re not often on the care units, so it’s difficult to learn how to develop our CNL*” (Zoe, 5 months).

## **Resources**

For some NGNs, access to human, educational, and technological resources during practice allowed them to better exercise their CNL. These NGNs explained that they had opportunities to discuss their patients’ situations with nurse clinical specialists, nurse practitioners or nurse educators and got answers to their questions.

For some NGNs if the workplace is innovative, focuses on research, and if it “*gives you the opportunity to learn more*” (Livia, 10 months), this helps them to exercise their CNL. In fact, accessing continuing formation and lunch-and-learns allows NGNs to update their knowledge and skills and to continue to develop their competencies. “*There are conferences every month [...] I try to go as often as possible, it gives me more knowledge, and strengthens my competencies*” (Zoe, 5 months). However, accessing evidence-based research was reported as being difficult. Because they were no longer students, some NGNs lost access to the databases they had worked with. When they started their careers, they did not receive access, so they ended up forgetting how to use them.

## **Shifts**

Analysis of our data pointed to the different working shifts as facilitating or impeding CNL exercise by the NGNs. In fact, NGNs explained that the various activities associated with their working shift will influence the way they exercise their CNL. NGNs who worked the evening shift, expressed that they had more time to accomplish their care and follow-ups, and that they had more possibilities to improve the quality of their care. Some NGNs noted that they are more autonomous in their practice while working evening shifts, which facilitated exercising CNL “*I have the impression that we have more autonomy [...] we do what we can do as a nurse before we call [the doctors]*” (Julia, 10 months).

Moreover, according to NGNs, it is easier to collaborate with other professionals when working day shift “*I collaborate with other professionals, I communicate, we talk about the patient*” (Zoe, 5 months) but the workload is heavy leaving less time for NGNs to improve the quality of the care they are providing which impeded the exercise of their CNL.

At night, some NGNs reported doing less clinical evaluations because the patients were sleeping and mentioned that they were interacting and collaborating very little with other health professionals.

“*At night it’s more difficult [...] surgeons, physiotherapists, occupational therapists [...] they are never there [...] so for [leadership] it’s more difficult*” (Cindy, 6 months).

In summary, the perceived factors influencing CNL exercise among NGNs in their first year of professional practice partly reflect the ways by which they demonstrated CNL, particularly as far as teams and resources are concerned. For example, difficulty accessing evidence-based research impedes their possibility to improve practices by consulting scientific evidence. However, the NGN did not make specific links between the factors and their way of exercising CNL.

## **Discussion**

Our results highlight five cumulative ways of exercising CNL that were experienced by the NGNs during a 12-month period. We found four of these ways were introduced in their professional path in the first 6 months of practice and only one between the 6th and the 12th month. This can be explained by the fact that only two participants had more than six months' experience and no participant had more than 11 months of professional practice. Nevertheless, the heterogeneity in the number of months of practice in the participants (1, 5 [n=2], 6 [n=3], 10 and 11 months) allowed us to gain an overview of the whole experiential path. To our knowledge, it is the first time that ways of exercising CNL during the first year of practice are presented on an experiential path. In previous studies, the process of developing CNL (reference removed during review), were presented as critical-learning turning points in a large range of expertise without being linked to such a specific period of practice. However, our results corroborate some turning points, such as “communicate factual information to other professionals in a constructive manner” as well as “take the lead in patient/family situations” or even “initiate collaboration for quality patient-centered care»”.

Aligned with Patrick et al. (2011) definition of CNL, quality of care is a common factor of the five cumulative ways of exercising CNL. In the first, third and eight months of the clinical practice, NGNs directed their attention to the care offered to their patients: by focusing on their immediate decision, in the first month, by collaborating with the inter and intra-professional teams, around the third month, and by updating their knowledge, from the eighth month. The other two ways of exercising CNL lead the NGNs to mobilize strategies with colleagues in their working units, either from the 5th month, then outside the unit from the 6th month.

Almost all participants were called upon to become clinical preceptors for newly hired beginner nurses or sometimes for nursing students. As (Carlson, Pilhammar, & Wann-Hansson, 2010) we found that preceptorship allows NGNs to exercise their CNL. NGNs found the experience very gratifying but pointed out that they were not sufficiently prepared for this role. It is also interesting to notice that some NGNs exercise CNL through professional involvement around the sixth month of clinical practice. This is in line with the results of Won (2015) study of NGN within 3 years of practice, which indicates that their contribution to organization is one of the five main themes illustrating the exercise of CNL.

For the second research question, results of the analysis of data revealed that NGNs noted four elements in nursing practice that encouraged their development of CNL and five that impeded the exercise of this nursing competency. No relations were explored in this research between the five cumulative ways of exercising CNL and the role played by the facilitating factors. However, our results show that acceptance and communication with the inter and intra-professional team members had an impact on how, and how fast NGNs were exercising their CNL. These findings are consistent with previous research on positive clinical environment (Nelsey & Brownie, 2012). Moreover, we found that, one factor that impeded CNL exercise was not having enough clinical experiences during NGNs studies to become a nurse. In fact, increasing the exposure of students to different clinical situations during their academic years becomes essential, both on clinical sites (Nielsen, Noone, Voss, & Mathews, 2013) and through clinical simulations (Simoneau, Paquette, Lawrence & Ouellet, 2014).

During our data analysis we found our initial definition of CNL (Patrick et al., 2011) very useful. Even if they were complementary, all participants had their own perspective on CNL. However, by using at least one of the following elements: positive influence, taking initiative, offering help to improve the quality of care and the security of their patients, NGNs were close to the definition we choose. Few participants described situations as exercising CNL that we consider linked to other nursing competencies such as clinical reasoning, continuity of care or collaboration with professional teams. This leads us to think that CNL could be further reinforce, during nursing education.

The limitations of our research are, first, only eight NGNs were recruited, despite efforts to recruit more participants in this crucial time in their career. Second, during the interviews, participants were asked to discuss clinical situations where they exercised their CNL as well as to indicate approximately, when it happened on a timeline. Thus, as the interviews are retrospective, the approximations may have been misquoted in the timeline.

## Conclusion

In light of this study, guidance programs that aim to integrate NGNs into the care facility could be reviewed. On the one hand, by maintaining mentoring and continual support (Pellico, Djukic, Kovner, & Brewer, 2010) and on the other hand by fostering the cumulative ways of exercising CNL in structured nursing transition programs for the first year of practice. Those programs can improve workplace environments (Anderson, Hair, & Todero, 2012) as well as NGNs CNL (Chappell & Richards, 2015). More data is needed from NGNs having between six and twelve months of professional practice in order to clarify and adjust the cumulative ways in which they express CNL. More research should strengthen and eventually validate this experiential path of CNL among NGNs in their first year of professional practice, since we believe that strategies to support the exercise of this critical competency during the first twelve months of professional practice need to be promoted by organizations.

## References

- Anderson, G., Hair, C., & Todero, C. (2012). Nurse residency programs: An evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing, 28*(4), 203-212.
- Benner, P. (2001). *Form Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Commemorative Edition*. New Jersey.
- Brown, A., Crookes, P., & Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse education today, 36*, 105-111. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.006>
- Carlson, E., Pilhammar, E., & Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of advanced nursing, 66*(2), 432-441.
- Carpentier, N., & White, D. (2013). Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation. *Sociologie et sociétés, 45*(1), 279-300.

- Casey, M., McNamara, M., Fealy, G., & Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: a mixed methods study. *J Adv Nurs*, 67(7), 1502-1513. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05581.x
- Chappell, K. B., & Richards, K. C. (2015). New graduate nurses, new graduate nurse transition programs, and clinical leadership skill: a systematic review. *Journal for nurses in professional development*, 31(3), 128-137; quiz E128. doi:http://dx.doi.org/10.1097/NND.0000000000000159
- Ekström, L., & Idvall, E. (2015). Being a team leader: newly registered nurses relate their experiences. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 75-86.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P., & Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse education in practice*, 15(6), 572-578.
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: personal factors and organizational factors. *Recherche en soins infirmiers*(112), 76-87.
- Laschinger, H. K. S., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J., . . . Jeffs, L. (2016). Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 82-95.
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2419-2433.
- Nelsey, L., & Brownie, S. (2012). Effective leadership, teamwork and mentoring—Essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. *Collegian*, 19(4), 197-202.
- Nielsen, A. E., Noone, J., Voss, H., & Mathews, L. R. (2013). Preparing nursing students for the future: An innovative approach to clinical education. *Nurse education in practice*, 13(4), 301-309.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd*: Armand Colin.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., & McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse education today*, 34(1), 150-156.
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.

- Pellico, L., Djukic, M., Kovner, C., & Brewer, C. (2010). Moving on, up, or out: Changing work needs of new RNs at different stages of their beginning nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing, 15*(1).
- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Jeffs, L. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management, 25*(4), 246-255.
- Sorensen, R., Iedema, R., & Severinsson, E. (2008). Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management, 16*(5), 535-544.
- Stanley, D., & Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing, 27*(9-10), 1730-1743.
- Won, H. (2015). Clinical Leadership of Staff Nurse: A Phenomenology Study. *Indian Journal of Science and Technology, 8*(26).

## **CHAPITRE 5**

### **La discussion**



Cette étude portait sur le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées du baccalauréat, ainsi que sur les éléments du contexte qui, à leur avis, facilitent ou contraignent l'exercice de cette compétence, lors de leur première année de pratique clinique. Les résultats de cette étude qualitative de type descriptive interprétative se retrouvent au chapitre précédent sous forme d'un article.

Dans ce dernier chapitre de mémoire, l'étudiante-chercheuse discute des principaux résultats de l'étude en soulignant leur contribution au développement des connaissances en sciences infirmières. Un retour sur le cadre de référence, sur les considérations méthodologiques, ainsi que les limites de l'étude sont présentés. De plus, les retombées pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation seront aussi brièvement discutées. Certains éléments de discussion qui ont été soulevés dans la section *discussion* de l'article ne seront pas repris de nouveau dans le présent chapitre.

### **Discussion sur les résultats de l'étude**

Cette section du mémoire discutera des résultats de la présente étude, en réponse aux questions de recherche. À notre connaissance, aucune étude ne s'était encore intéressée au parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez des IND, et ce, sur une période d'une année. En effet, une étude antérieure sur le développement du LCI (Pepin et al., 2011) avait mis l'accent sur les apprentissages critiques du LCI dans le développement d'une expertise clinique, résultant en un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA). La présente étude s'est attardée aux manifestations de l'exercice du LCI au cours de la première année de pratique. En ce sens, les résultats présentés au précédent chapitre sont complémentaires à l'étude antérieure et contribuent au domaine de la formation en sciences infirmières, quant à l'exercice de la compétence du LCI en début de carrière.

**Discussion sur la question 1 : Comment des infirmières bachelières nouvellement diplômées décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?**

Les résultats de notre étude ont permis d'identifier que, sur une trajectoire de 12 mois, les IND exercent leur LCI de cinq manières différentes et cumulatives. Nous constatons que les manières d'exercer le LCI se diversifient dès les six premiers mois du parcours expérientiel. Pourtant, les résultats de notre étude soulignent, comme l'ont fait les recherches antérieures, que pour les participants le LCI est difficile à exercer durant les premiers mois de pratique clinique. Ceci peut être expliqué par la grande motivation des participantes à exercer cette compétence développée au cours de leur programme d'études ou encore par le contexte plus favorable que contraignant face au LCI chez les IND. Enfin il est possible que ce soit l'adaptation difficile en début de pratique clinique qui les encourage à exercer leur LCI. Certes nous n'avons pas été en mesure de faire des liens entre l'apparition des éléments du contexte qui facilitent ou qui contraignent l'exercice du LCI des IND et la trajectoire d'exercice de douze mois. Cependant, il est possible que les facteurs contraignants rencontrés durant le parcours expérientiel de l'IND en découragent plusieurs à exercer leur LCI, mais que ces IND n'ont pas choisi de participer à l'étude. Nos résultats indiquent que l'exercice de cette compétence est exponentiel à la durée de la pratique clinique. Ceci corrobore les écrits de Larue et al. (2013), Chappell et Richards (2015) ainsi que Pepin et al. (2017).

Les IND décrivent cinq manières d'exercer leur LCI dans leur pratique clinique au chevet des patients, soit 1) par le maintien d'une qualité des soins optimale ; 2) par la collaboration et la communication inter et intra professionnelle 3) grâce au rôle de précepteur clinique ; 4) par le biais d'une implication professionnelle au-delà des soins aux patients 5) par la consultation des données scientifiques à des fins d'amélioration des pratiques. Nous constatons qu'au 1<sup>er</sup>, au 3<sup>e</sup> et au 8<sup>e</sup> mois que la préoccupation est d'abord centrée sur les besoins du patient. En se concentrant sur les décisions immédiates, au premier mois, en collaborant avec les équipes inter et intra professionnelle aux alentours du troisième mois et en s'assurant de mettre à jour leurs connaissances, à partir du huitième mois. Les deux autres manières d'exercer le LCI amènent l'IND à mettre à profit son expérience auprès des collègues sur son unité, soit à partir du 5<sup>e</sup> mois, puis à l'extérieur de son unité à partir du 6<sup>e</sup> mois.

Benner (2001) indique qu'au stade de « compétente » l'infirmière est en mesure d'accomplir le rôle de préceptrice, mais qu'il est préférable d'attribuer ce rôle aux infirmières « expertes », et ce, puisque celles-ci ont une compréhension plus approfondie et une vision plus globale des situations

de patients. À cet effet, le rôle de préceptrice au 5e mois de pratique clinique nous a fortement interpellées. En effet, la majorité des participantes ont été appelées à devenir préceptrices cliniques pour de nouvelles infirmières nouvellement embauchées, pour des candidates à l'exercice de la profession infirmière [CEPI] ou parfois pour des étudiantes. Nous nous interrogeons sur l'adoption du rôle de préceptrice par des IND si tôt dans leur parcours professionnel sachant qu'elles se trouvent dans des conditions où elles développent leur compétence de LCI, mais aussi toutes les autres compétences infirmières. Zolotareva (2017) discute de l'expérience de devenir préceptrice, soulignant à la fois le stress et les sentiments de reconnaissance et de confiance que les IND éprouvent en tant que préceptrice. De nombreuses recherches antérieures portent sur le rôle de précepteur clinique dans le contexte des soins infirmiers. Les résultats des études de Luhanga, Billay, Grundy, Myrick et Yonge (2010), ainsi que de McCarthy et Murphy (2010) reconnaissent la complexité et l'importance du rôle de précepteur.

La notion de collaboration rejoint le volet de la communication des informations factuelles à d'autres professionnels. Cet élément se retrouve dans nos résultats et rejoint l'un des points d'apprentissage critiques identifié par Pepin et al. (2011) pour expliquer l'intégration du LCI dans les actions des IND. En effet, au stade deux, expérimenté par des étudiantes et des IND, Pepin et al. (2011) identifient quatre points d'apprentissages critiques pour expliquer l'intégration du LCI dans leur pratique, soit par 1) leur capacité de s'exprimer avec confiance, de s'impliquer dans les situations vécues par leurs patients et familles, de 2) communiquer des informations factuelles de manière constructive à d'autres professionnels, 3) de reconnaître leurs limites et leurs forces, ainsi qu' 4) identifier des modèles de rôle (Pepin et al., 2011). Les résultats de notre étude corroborent les points d'apprentissages un, deux et jusqu'à un certain point l'apprentissage trois quand elles réfèrent à des collègues expérimentés. Notre étude étant centrée sur l'exercice du LCI, les participantes n'ont pas abordé la question des modèles de rôle qu'elles ont pu ou non observés mais elles rapportent agir comme modèles de rôle quand elles deviennent préceptrices. Agir comme modèle de rôle ainsi qu'agir comme leader dans des situations de soins ont été soulevées par les participantes. Ce sont également des apprentissages critiques rapportés au stade trois du MCA de Pepin et al. (2011) expérimenté par des étudiantes finissantes et des IND.

L'apport spécifique de notre étude à la première question de recherche relève essentiellement des manières qu'ont eu les IND d'exercer leur LCI sur un parcours de 12 mois. Par exemple, les premiers signes de l'implication professionnelle au-delà des soins aux patients sont apparus au 6<sup>e</sup> mois. Ces résultats ont le potentiel d'informer les collègues cliniciennes, formatrices et gestionnaires qui souhaitent soutenir le développement du LCI des IND.

### **Discussion sur la question 2 : Quels sont, selon des infirmières bachelières nouvellement diplômées, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur leadership clinique infirmier ?**

Selon les résultats de notre étude, les IND ont identifié des facteurs qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur LCI, durant leur première année de pratique professionnelle. Les facteurs identifiés s'inscrivent dans trois grandes catégories, soit : les équipes, les ressources, ainsi que les quarts de travail. Même s'ils ne sont pas tout à fait formulés de la même manière, certains facteurs avaient préalablement été discutés dans les articles sur le LCI retenus dans notre recension des écrits. En ce qui a trait aux facteurs relationnels avec les équipes de travail, nos résultats corroborent ceux de Ekström et Idvall (2015) et indiquent que lorsque les IND ne peuvent compter entièrement sur un membre de l'équipe cela diminue leur capacité à exercer leur LCI. L'entretien de relations saines entre collègues est en effet un facteur important et facilitant l'exercice du LCI des IND interrogés. Lorsque celles-ci se sentent soutenues dans leur pratique, lorsqu'elles sentent qu'elles peuvent poser des questions et obtenir de l'aide au besoin, cela augmente leur confiance professionnelle et leur sentiment de sécurité. Lorsque la sécurité est favorisée, les IND exercent davantage leur LCI dans leur pratique clinique. De plus, les résultats de notre étude corroborent ceux de Won (2015) qui indique dans l'un de ses relevés de thèmes que les IND exercent davantage leur LCI lorsque celles-ci collaborent entre professionnels.

Par contre, un élément contraignant à l'exercice de leur LCI concerne la communication hiérarchique ou dysfonctionnelle entre les professionnels de la santé. Ce type de communication avec les gestionnaires peut être plus difficile et limitante dans l'exercice de leur LCI. Ceci rejoint les résultats de l'étude d'Ekström et Idvall (2015), qui se sont intéressés à l'exercice du LCI chez les IND de 6 à 24 mois de pratique clinique. Dans le cadre de nos résultats, nous ajoutons une

communication difficile avec les gestionnaires, d'autres professionnels, soit : les conseillères en soins infirmiers, les infirmières plus expérimentées et les médecins. Ekström et Idvall (2015) se sont intéressés à une population qui regroupe celles de notre étude, mais qui la surpasse en termes de nombre de mois de pratique clinique. Bien que les contextes de soins restent similaires, nous ne pouvons assumer que nos résultats rejoignent entièrement ceux retrouvés dans l'étude de ces auteurs.

En ce qui a trait aux facteurs liés aux ressources, les IND interrogées ont indiqué que leur capacité à s'impliquer dans leur environnement professionnel leur permet d'améliorer leur pratique clinique. Elles soutiennent qu'un milieu innovant offre aux IND une opportunité d'exercer davantage leur LCI. Ceci rejoint les résultats de l'étude de Won (2015) qui indique que la contribution à l'organisation constitue l'un des cinq principaux thèmes illustrant l'exercice de la compétence de LCI chez les IND ayant moins de trois ans de pratique clinique. Même si nos résultats corroborent ceux de Won (2015), nous ne savons pas si ce facteur identifié est spécifique au milieu de l'étude qui s'avère être innovant, axé sur la recherche, la promotion de la santé et l'enseignement.

Deux nouveaux groupes de facteurs contraignants l'exercice du LCI présentés dans notre étude s'ajoutent à ceux préalablement discutés dans la recension des écrits, soit celui du quart de travail et de l'accès aux données scientifiques. Nous avons été étonnées de constater que toutes les participantes nous ont parlé de l'impact favorable ou contraignant des quarts de travail. Il est possible d'identifier des facteurs contraignants et facilitateurs pour tous les quarts de travail du milieu clinique, soit de nuit, de jour et de soir. Les IND interrogés travaillaient sur des quarts de travail distincts et plusieurs d'entre elles ont fait des rotations de quarts, ce qui leur donne un bon aperçu des éléments facilitateurs et contraignants leur LCI. Les IND ont souligné que les occasions d'exercer leur LCI n'étaient pas les mêmes selon le contexte du quart de travail. Par exemple, comme l'effectif des équipes inter professionnelles est restreint de soir ou de nuit, la collaboration avec les autres professionnels dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins offerts n'est que peu, voire pas présente. Or, cette collaboration constitue pour les IND rencontrées une manière d'exercer leur LCI, et cela particulièrement à partir des trois premiers mois de pratique.

L'accès aux écrits scientifiques par les IND est une thématique qui ressort de l'analyse dans notre étude comme facteur facilitant l'exercice du LCI. Des études antérieures rapportent surtout le soutien des gestionnaires comme ressources essentielles pour l'exercice du LCI (Larue et al., 2013), mais les ressources scientifiques semblent également centrales. En effet, nos résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude canadienne de Estabrooks, O'Leary, Ricker et Humphrey (2003) qui portait sur l'accès, la fréquence d'utilisation et les types des ressources consultés par les infirmières et les médecins. Les auteurs expliquent que les médecins utilisent davantage les ressources internet pour des informations cliniques que les infirmières. Ils soutiennent que l'accessibilité informatique déficiente pour les infirmières pourrait être l'une des causes de ce moindre utilisation. La contrainte de temps selon le quart de travail s'ajouterait aux difficultés d'accès aux écrits scientifiques. Selon l'étude de Royle et al. (2000), ce sont les infirmières qui travaillent de nuit qui sont plus susceptibles de faire des recherches informatisées, et ce, puisque les demandes des patients sont moins nombreuses. Les auteurs ajoutent que les infirmières qui travaillent de jour doivent souvent interrompre leurs recherches pour répondre aux besoins des patients (Royle et al., 2000). Les données collectées dans le cadre de notre étude ne nous permettent pas de confirmer les résultats de Royle et al. (2000).

### **Les considérations théoriques et méthodologiques**

Notre étude descriptive interprétative était guidée par un cadre théorique englobant le développement de l'expertise professionnelle de l'infirmière (Benner, 2001) ainsi que la notion d'individuation dans le parcours de vie (Carpentier et White, 2013). Ce cadre de référence non spécifique au LCI a été utile pour notre étude de type qualitatif en facilitant l'analyse inductive. La notion de parcours expérientiel a par ailleurs permis d'identifier les manières spécifiques d'exercer le LCI dans un cadre de temps donné.

L'étude des trajectoires de vies a débuté avec Kohli (1985) qui s'est intéressé à la chronologie et au séquençement des trajectoires de vie professionnelle et familiale. Nous avons pu constater que les quatre principes d'analyse qui peuvent affecter le parcours individuel de vie, présentés au chapitre 2 (Carpentier et White, 2013), s'appliquent également à la trajectoire de l'IND. Le premier principe d'*interaction entre le temps biographique et le temps historique* est transférable au

contexte de notre étude. En effet, les IND d'une même cohorte vivent une expérience similaire, en ce sens qu'elles ont toutes vécu une période de transition entre les milieux académiques et cliniques, ainsi qu'une période d'adaptation au nouveau rôle professionnel. Le second principe intègre le concept *de transition, de chronologie et de durée* et fait référence aux indicateurs de positions sociogéographiques et aux caractéristiques organisationnelles. Ces éléments ont une influence directe sur les événements personnels de l'individu et influencent sa trajectoire (Carpentier et White, 2013). Cela ressort des entretiens que nous avons effectués. En effet, nos participantes avaient des caractéristiques démographiques différentes et travaillaient sur diverses unités. Les événements racontés par les participantes concernant l'exercice du LCI étaient imprégnés de la culture organisationnelle dans laquelle elles se développaient. En ce qui concerne le troisième principe, celui-ci renvoie à *l'interdépendance des individus*. Nos résultats à la deuxième question de recherche montrent que les IND accordent une importance majeure aux relations de collaboration avec leurs collègues. Elles expriment que leur communication et leur collaboration avec autrui les amènent, lorsqu'elles sont saines, à exercer leur LCI. Le dernier principe est celui de *l'intentionnalité individuelle* qui renvoie au pouvoir d'agir de la personne et à son autonomie. Ce principe transparait dans nos résultats sur les modes d'exercice du LCI, par exemple lorsque les IND n'ont pas l'impression de pouvoir exercer leur LCI sur leurs unités de soins, elles s'impliquent professionnellement à l'extérieur de ces unités, et ce, dans l'objectif de « se libérer de positions sociales désavantageuses [et d'éventuellement] se détourner des schèmes préconstruits » dans leurs trajectoires (Carpentier et White, 2013, p. 284). Comme nous l'avons dit, les IND rencontrées ont cherché tôt dans leur carrière à exercer leur LCI et elles ont partagé ce qu'elles percevaient être des facteurs contraignants (résistance au changement, non prise au sérieux en raison de leur expérience clinique limitée) les amenant à s'impliquer à l'extérieur de leurs unités.

Cette notion de trajectoire nous amène à réfléchir à une autre question, non explorée dans notre étude mais qui a attiré notre attention. Nos participantes se différenciaient, entre autres, par leur genre et par le nombre de mois de pratique clinique. Nous avons été frappées par une différence du discours adopté par les participantes de différent genre. Nous remarquons que le discours adopté par la gent masculine est affirmatif et positif en ce qui concerne la vision de leur trajectoire expérientielle et leur capacité à exercer leur LCI. Le *Canadian Journal of Sociology* a publié en 2006, un article de René, Gauthier et Widmer (2006) qui se sont intéressés à l'homogénéité entre

les parcours de vie masculins et féminins en Suisse. Cette étude se différencie grandement de notre projet de recherche. Toutefois l'un des résultats de cette article nous a interpellée. Selon les résultats de cet article, les auteurs affirment « qu'il n'y a pas qu'un seul et unique modèle type de parcours de vie, mais qu'il y en a plusieurs et qu'ils sont nettement sexués » (René, Gauthier et Widmer, 2006, p. 484). Cela pourrait éventuellement expliquer la différence observée entre les discours de nos participants. Or, nous ne tirons aucune conclusion sur le sujet, car le nombre de participants masculin dans notre étude ne représente que 12 % (1/8) de notre échantillon. De plus, les critères d'inclusion dans l'étude sont différents de ceux choisis par René et al. (2006). Aussi, cette différence peut être attribuée à la personnalité du participant. La littérature nous montre que peu d'auteurs se sont intéressés au rapport des genres en sciences infirmières (Cohen, 2004; Roy, Holmes et Chouinard, 2011) ; à notre connaissance, personne ne s'est intéressée à la genrisation du parcours expérientiel en sciences infirmières. Nous suggérons d'autres études sur le sujet.

### **Limites de l'étude**

Aux limites déjà énoncées dans l'article présenté au chapitre quatre, nous ajoutons des points concernant l'échantillon.

Tout d'abord, l'échantillonnage de convenance nous a permis de recruter huit IND. Ce petit échantillon et notre méthode qualitative ne visant pas la généralisation des résultats, il pourrait apparaître difficile d'entrevoir la transférabilité. Néanmoins, plusieurs auteurs expliquent que même si l'échantillon est restreint en recherche qualitative, celui-ci peut s'avérer suffisant à l'émergence de connaissances si, les participants sélectionnés portent un intérêt et sont engagés dans le phénomène de l'étude (Polit et Beck, 2007; Thorne, 2016). Ceci a été le cas de notre étude. De plus, comme nos participantes ont été recrutées sur différentes unités de soins, cette diversité des expériences de LCI dans des environnements professionnels relativement différents facilite la transférabilité de nos résultats à plus large échelle.

Nous estimons que la spécificité de nos critères d'inclusion est la raison qui a limité la participation des IND à notre étude. Nous n'avons pu recruter des IND ayant plus de 11 mois de pratique clinique. À cet effet, il nous a été impossible de décrire l'exercice du LCI au-delà du



dixième mois de pratique clinique. Nous ne savons pas s'il existe d'autres modes d'exercice du LCI ou d'autres facteurs contraignants ou facilitant l'exercice de cette compétence à la fin de la trajectoire professionnelle établie par notre étude. Pour terminer, il est à noter qu'un seul site a été retenu dû aux limitations temporelles et logistiques.

### **Contributions à la discipline infirmière**

Cette section du mémoire porte sur les recommandations que nous formulons à partir des résultats et de la discussion de ces résultats pour la pratique, la gestion, la recherche et la formation.

### **Recommandations pour la recherche en sciences infirmières**

Le lien que nous avons fait entre la notion de parcours de vie et l'exercice du LCI nous a permis de comprendre comment les IND l'exercent en début de pratique professionnelle (moins de douze mois). Les résultats de notre étude nous laissent penser que les quatre principes d'analyse qui peuvent affecter le parcours individuel de vie sont transposables au parcours expérientiel vécu par l'IND lorsque celle-ci intègre les milieux cliniques et tente d'exercer, du mieux qu'elle peut, son LCI. Il serait intéressant d'analyser davantage de trajectoires professionnelles de sorte à mieux comprendre le contexte temporel relationnel présenté par Carpentier (2011). Nous pensons que cela permettra ainsi de comprendre comment le LCI est influencé par le parcours expérientiel.

De plus, comme nous n'avons pu établir un lien entre les cinq manières d'exercer le LCI et l'apparition des facteurs facilitants durant la trajectoire professionnelle de moins de douze mois ; nous encourageons d'autres recherches sur le sujet. À partir de nos résultats et selon les propos de nos participantes, nous présumons que la prise de conscience progressive des facteurs au fil du temps est inhérente à la trajectoire vécue par l'IND. Cette notion de trajectoire, nous amène à nous questionner sur l'effet du temps et du genre. À notre connaissance, personne ne s'est intéressée à la genrification du parcours expérientiel en sciences infirmières. Nous encourageons des études sur le sujet au regard du LCI. S'ajoute à cela le temps de pratique clinique de nos participantes. Dans les études consultées, nous constatons que les trajectoires s'étudient davantage sur de longues durées. Nous encourageons une étude similaire à la nôtre, mais sur une période de temps plus

longue (18 à 24 mois), de sorte à bonifier et ajouter de nouveaux éléments au parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez des IND.

Bien que nous ayons été contactés par trois infirmières issues du programme intégré DEC-BAC, aucune d'entre elles n'a pu être recrutée dans notre étude en raison des critères d'inclusion. En effet, les IND qui poursuivent leur programme universitaire entament, en majorité, une insertion professionnelle dans un milieu de soins de sorte à acquérir une expérience clinique. Nous encourageons une étude avec des critères plus élargis permettant d'examiner la trajectoire d'infirmières cliniciennes issues du programme intégré. De plus, comme notre échantillon n'est composé que de huit participantes, nous pensons qu'une étude multicentrique renforcerait certainement nos résultats et permettrait une plus grande transférabilité.

Le référentiel de compétences du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal comprend le développement de la compétence de LCI chez les infirmières étudiantes au fil de leur cursus académique (FSI, 2015). Nous ne savons pas si les indicateurs de développement des compétences du baccalauréat sont ajustés au niveau de l'IND, si ces derniers les préparent à exercer leur LCI dès les premiers mois de pratique clinique et si les occasions sont suffisantes pour permettre étudiants de répondre à ces indicateurs tout au long du baccalauréat. À cet effet, les résultats de notre étude pourraient permettre d'ajuster certains indicateurs de développement de la compétence de LCI. Il pourrait être intéressant de partir des indicateurs de développement de la compétence élaborés pour les finissants du baccalauréat et d'explorer la perception des IND qui ont moins d'un an de pratique clinique sur la validité de ces indicateurs de développement. Ainsi, les résultats de cette étude pourraient mener à l'ajustement ou non des attentes en milieu académique et clinique en matière de développement de la compétence à la fin de la formation. Lors de la tenue de notre étude, aucun référentiel de compétence pour les infirmières n'était disponible. Boyer et al. (2016a) ont adapté et implanté un référentiel des compétences dans les milieux cliniques (CHU Sainte-Justine, 2014; adapté Boyer et al., 2016). Il serait intéressant de soutenir l'auto-évaluation du niveau de développement du LCI des IND du milieu de l'étude, grâce à cette grille, puis d'évaluer la cohérence entre le niveau de développement et le niveau d'exercice de cette compétence durant une trajectoire professionnelle de moins de 12 mois.

## **Recommandations pour la pratique infirmière et la gestion**

Selon Omoike, Stratton, Brooks, Ohlson et Storfjell (2011), les organisations de santé doivent investir dans des programmes d'éducation continue qui favorisent le développement du LCI des infirmières. Nous pensons entre autres au programme de transition, tel que présenté par Chappell et Richards (2015), au programme de résidence (Varner et Leeds, 2012) ainsi qu'au programme de mentorat (Hatler, Stoffers, Kelly, Redding et Carr, 2011). Dans de tels programmes offerts aux IND, une attention particulière pourrait être apportée au parcours de l'exercice du LCI.

Selon la perception des IND, les relations difficiles avec les membres de l'équipe de soins contraignent l'exercice du LCI. Dans leur étude Levett-Jones et Lathlean (2009) ont examiné l'expérience de stage clinique expérimenté par des étudiants infirmiers dans le cadre de leur formation. Dans leur discussion, ces auteurs corroborent leurs résultats à ceux de Spouse (2001), qui stipule que lorsque le personnel de soins est accueillant, les étudiants sont plus confiants dans l'environnement clinique. Ils se sentent en sécurité et sont plus susceptibles de participer aux activités d'apprentissage et de poser des questions. Bien que la population cible soit différente, ces résultats rejoignent ceux de notre recherche. Ainsi, nous suggérons aux institutions de soins de mettre en place des activités de réseautage et/ou d'intégration qui permettraient aux IND de s'intégrer plus facilement dans les équipes de soins. Cela serait avantageux pour les organisations, car selon Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull et King (2009) les équipes dysfonctionnelles réduisent la productivité et accroissent les conflits.

## **Recommandations pour la formation en sciences infirmières**

Nous accordons une importance à la formation en sciences infirmières. En effet, la formation à elle seule peut renforcer les capacités intellectuelles d'analyse et de synthèse et par le fait même peut favoriser l'évolution des différentes compétences infirmières (Tardif, 2006) pour offrir un soin « à la hauteur des besoins de la population » (Pépin, et al., 2017).

Toutes les IND rencontrées qui ont eu à occuper un rôle de préceptrice nous ont dit que certes elles ont trouvé l'expérience très gratifiante, mais qu'elles n'ont pas été suffisamment préparées à ce rôle. Nos résultats corroborent ceux de Smith et Sweet (2019). Ainsi, dans l'ère technologique

dans laquelle nous vivons, et comme les IND expriment qu'elles manquent de temps pour accomplir leurs activités, nous suggérons la mise en place de stratégies novatrices qui mettent à l'avant le e-learning. Nous pensons entre autres aux forums de discussion et de partage, et ce, puisque les études démontrent que les programmes virtuels soutiennent les infirmières dans leur rôle de préceptrice, facilitent leur développement professionnel et améliorent leur expérience (Bonnier, Goudreau et Déry, 2013; Myrick, Caplan, Smitten et Rusk, 2011). De plus, une étude suédoise, publiée en 2010, a souligné que le préceptorat améliore les compétences générales de l'infirmière (Carlson, Pilhammar et Wann-Hansson, 2010). Or, les auteurs n'ont pas spécifié les compétences qui sont spécifiquement développées par les infirmières préceptrices. Nous pensons qu'il serait intéressant d'évaluer le développement du LCI chez les IND soutenue grâce au e-learning, et ce, puisque favoriser les connaissances dans le domaine du préceptorat améliore les compétences pédagogiques des infirmières (Carlson et al., 2010).

Ensuite, les infirmières rencontrées indiquent que les expériences antérieures vécues et vues dans l'environnement de pratique clinique, que ce soit en stage, en orientation, comme CEPI, ou même comme infirmière clinicienne les ont toutes amenées à choisir l'intervention appropriée dans un contexte de soins clinique, ce qui rejoint la notion d'apprentissage expérientiel (Kolb, 2014). Or, tel qu'exprimé par trois participantes, ces dernières n'ont pas été suffisamment préparées lors de leurs stages cliniques pour prendre en charge plusieurs patients simultanément. Elles stipulent qu'elles n'ont pas eu assez d'expériences cliniques leur permettant d'apprendre à exercer un LCI. À cet effet, nous suggérons aux établissements d'enseignement universitaire d'allonger le nombre de jours de stage en milieu clinique, d'augmenter graduellement le nombre de patients au fil de ce stage et de varier les clientèles soignées de sorte à diversifier et accroître les situations rencontrées. Par exemple, les IND pourraient participer aux tournées cliniques sur les unités effectuées par les infirmières en compagnie des médecins (Nielsen, Noone, Voss et Mathews, 2013). Nous ajouterons aussi que l'augmentation de l'exposition des étudiants aux différentes situations cliniques durant le parcours académique, par l'entremise d'un plus grand nombre de simulations cliniques (Simoneau, Paquette, Lawrence et Ouellet, 2014) ou de simulations cliniques haute-fidélité (Jastrow, Picchiottino, Savoldelli et Irion, 2013) est déjà un bon pas. L'ensemble des expériences cliniques devraient favoriser le développement du LCI.

## Conclusion

Notre étude qualitative s'est intéressée au leadership clinique infirmier chez des IND. Nous avons décrit le parcours expérientiel de l'exercice de cette compétence au cours des douze premiers mois de leur pratique clinique, selon leur perspective. Les huit entretiens que nous avons effectués nous ont permis de mieux comprendre l'expérience vécue par ces huit IND. Ces dernières ont identifié cinq manières cumulatives d'exercer leur LCI au cours de leur première année de pratique professionnelle. Nous avons trouvé quatre de ces manières au cours des six premiers mois de pratique et un entre le sixième et le dixième mois. De plus, les participantes ont identifié plusieurs facteurs qui ont facilité ou entravé leur capacité à exercer leur LCI au fil de leur parcours professionnel.

Au début de leur carrière professionnelle, les IND souhaitent être écoutées, soutenues et intégrées dans leurs équipes de soins pour avoir le sentiment de pouvoir exercer leur LCI avec leurs patients/familles et leurs équipes. Les organisations doivent promouvoir des stratégies pour soutenir l'exercice de cette compétence critique pendant les douze premiers mois de la pratique professionnelle. L'exercice de cette compétence permet à l'infirmière clinicienne débutante de mettre à profit plusieurs aspects de sa profession en se positionnant dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Plusieurs pistes de réflexion ont été énoncées. Nous espérons que ces propositions soient utiles aux secteurs de la pratique, de la recherche et de la formation. Comprendre ce qu'est le leadership clinique infirmier et l'importance du développement de cette compétence, c'est mettre en place des stratégies qui favoriseront l'avancement de la pratique professionnelle et conséquemment l'émancipation de la discipline infirmière.

## Références

- Adams, J. E. et Gillman, L. (2016). Developing an evidence-based transition program for graduate nurses. *Contemporary nurse*, 52(5), 511-521.
- AL-Dossary, R., Kitsantas, P. et Maddox, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: a systematic review. *Nurse education today*, 34(6), 1024-1028. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.006>
- Al-Sawai, A. (2013). Leadership of healthcare professionals: where do we stand? *Oman medical journal*, 28(4), 285.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Canada. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-edition-2017-secure-interactive.pdf?la=fr>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). La pratique infirmière avancée : Un cadre National. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr)
- Avenier, M.-J. et Gavard-Perret, M.-L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. (Dans M. L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon & A. Jolibert (dir.), *La méthodologie de la recherche en sciences de la gestion. Réussis son mémoire ou sa thèse* (Vol. 2, p. 11-62). Montreuil, France: Pearson.
- Beecroft, P. C., Dorey, F. et Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 41-52.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *AJN The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (2001). *Form Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Commemorative Edition*. New Jersey.
- Benner, P. E., Tanner, C. A. et Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. (2<sup>e</sup> éd.). Springer Publishing Company.
- Berkow, S., Virkstis, K., Stewart, J. et Conway, L. (2008). Assessing new graduate nurse performance. *The Journal of nursing administration*, 38(11), 468-474.
- Bonnier, L., Goudreau, J. et Déry, J. (2013). Soutenir le développement des compétences de préceptrices à l'aide d'un forum de discussion. *Recherche en soins infirmiers*(4), 124-131.
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature.*, 6-20.

- Bowles, C. et Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137.
- Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L. et Déry, J. (2016). Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitalier québécois de l'enfant à l'adulte. *Centre d'innovation en sciences infirmières de l'Université de Montréal*.
- Bratt, M. M. et Felzer, H. M. (2012). Predictors of new graduate nurses' organizational commitment during a nurse residency program. *Journal for nurses in professional development*, 28(3), 108-119.
- Broom, A., Hand, K. et Tovey, P. (2009). The role of gender, environment and individual biography in shaping qualitative interview data. *International Journal of Social Research Methodology*, 12(1), 51-65.
- 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.
- Burns, D. (2009). Clinical leadership for general practice nurses, 2: Facilitating factors. *Practice Nursing*, 20(10), 519-523.
- Candela, L. et Bowles, C. (2008). Recent RN graduate perceptions of educational preparation. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)*, 29(5), 266-271.
- Carlson, E., Pilhammar, E. et Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: supportive and limiting conditions for precepting nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 432-441.
- Carpentier, N. (2011). *Reconstructing the temporal-relational context: trans-action patterns of caregivers of an ill relative with Alzheimer's disease*: SAGE Publications Sage UK: London, England.
- Carpentier, N. et White, D. (2013). Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation. *Sociologie et sociétés*, 45(1), 279-300.
- Casey, K., Fink, R. R., Krugman, A. M. et Propst, F. J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311.
- Casey, M., McNamara, M., Fealy, G. et Geraghty, R. (2011). Nurses' and midwives' clinical leadership development needs: a mixed methods study. *J Adv Nurs*, 67(7), 1502-1513. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05581.x
- Chappell, K. B. (2014). *The Relationship between Individual Characteristics of Registered Nurses, Characteristics of New Graduate Nurse Transition Programs and Clinical Leadership*. (George Mason University). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109763147&lang=fr&site=ehost-live> Accessible par rzh.

- Chappell, K. B. et Richards, K. C. (2015). New graduate nurses, new graduate nurse transition programs, and clinical leadership skill: a systematic review. *Journal for nurses in professional development*, 31(3), 128-137; quiz E128. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NND.0000000000000159>
- Cho, S. H., Lee, J. Y., Mark, B. A. et Yun, S. C. (2012). Turnover of new graduate nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 63-70.
- Cohen, Y. (2004). Rapports de genre, de classe et d'ethnicité: l'histoire des infirmières au Québec. *Canadian Bulletin of Medical History*, 21(2), 387-409.
- 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. (2014). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. . Repéré à [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC\\_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC_2014.pdf/9cb00cc3-eda0-4e2b-9c05-f2e2024ffa69)
- Cook, M. J. (2001). The renaissance of clinical leadership. *International Nursing Review*, 48(1), 38-46.
- Côté, L. et Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3(2), 81-90.
- Creswell, J. (2013). Creswell: Research design 4e gray. *Place of publication not identified*.
- Crosby, F. E. et Shields, C. J. (2010). Preparing the next generation of nurse leaders: An educational needs assessment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(8), 363-368.
- Day, E. (2002). *Me, my\* self and I: Personal and professional re-constructions in ethnographic research*. Communication présentée Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- 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.
- Doody, O. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28-32. doi: 10.7748/nr2013.05.20.5.28.e327
- Doody, O. et Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data.
- Downey, M., Parslow, S. et Smart, M. (2011). The hidden treasure in nursing leadership: Informal leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 517-521.



- Dreyfus, S. E. et Dreyfus, H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition: California Univ Berkeley Operations Research Center.
- Duchscher, J. E. B. (2001). Out in the real world: newly graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 426-439.
- Duff, B. (2013). Creating a culture of safety by coaching clinicians to competence: Elsevier.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C. et King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*, 16(1), 11-17.
- Dwyer, P. A. et Revell, S. M. H. (2016). Multilevel influences on new graduate nurse transition: a literature review. *Journal for nurses in professional development*, 32(3), 112-121.
- Dyess, S. et Parker, C. G. (2012). Transition support for the newly licensed nurse: A programme that made a difference. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 615-623.
- Dyess, S. et Sherman, R. (2011). Developing the leadership skills of new graduates to influence practice environments: a novice nurse leadership program. *Nursing administration quarterly*, 35(4), 313-322.
- Dyess, S. M. et Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of continuing education in nursing*, 40(9), 403-410.
- Ekström, L. et Idvall, E. (2015). Being a team leader: newly registered nurses relate their experiences. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 75-86.
- Estabrooks, C. A., O'Leary, K. A., Ricker, K. L. et Humphrey, C. K. (2003). The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Journal of advanced nursing*, 42(1), 73-81.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). Référentiel de compétences : baccalauréat en sciences infirmières (2e éd.). Université de Montréal: Faculté des sciences infirmières.
- Fallatah, F., Laschinger, H. K. et Read, E. A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nursing outlook*, 65(2), 172-183.
- Fealy, G. M., McNamara, M. S., Casey, M., Geraghty, R., Butler, M., Halligan, P., . . . Johnson, M. (2011). Barriers to clinical leadership development: findings from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 2023-2032.
- Feldman, H. R. (2005). *Educating nurses for leadership*. Springer Publishing Company.
- Fink, R., Krugman, M., Casey, K. et Goode, C. (2008). The graduate nurse experience: Qualitative residency program outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(7/8), 341-348.

- Foley, R.-A. (2016). L'observation (Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 117-132). Malakoff, France: Armand Colin.
- Gallagher, F., Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *La recherche descriptive interprétative: description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Giallonardo, L. M., Wong, C. A. et Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 993-1003.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17.
- Goode, C. J., Lynn, M. R., Krsek, C. et Bednash, G. D. (2009). Nurse residency programs: An essential requirement for nursing. *Nursing Economics*, 27(3), 142.
- Goudreau, J., Alderson, M., Blanchet Garneau, Bouchard, L., Bourbonnais, A., Boyer, L. et Vissandjée, B. (2015). *Référentiel de compétences : baccalauréat en sciences infirmières* (2e éd.). Université de Montréal: Faculté des sciences infirmières.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse education in practice*, 15(6), 572-578.
- Gouvernement du Canada (2009). *Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles*. Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.htm>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.
- Ha, L. et Pepin, J. (2018). Clinical nursing leadership educational intervention for first-year nursing students: A qualitative evaluation. *Nurse Educ Pract*, 32, 37-43. doi: 10.1016/j.nepr.2018.07.005
- Hatler, C., Stoffers, P., Kelly, L., Redding, K. et Carr, L. L. (2011). Work unit transformation to welcome new graduate nurses: using nurses' wisdom. *Nursing Economics*, 29(2), 88.
- Jastrow, N., Picchiottino, P., Savoldelli, G. et Irion, O. (2013). Simulation en obstétrique. *Rev Med Suisse*, 9, 1938-1942.
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative health research*, 19(11), 1632-1641.

- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Greene, W. et Fairchild, S. (2009). Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nursing Economics*, 27(2), 81.
- Kowalski, S. et Cross, C. L. (2010). Preliminary outcomes of a local residency programme for new graduate registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 96-104.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. Mosby St. Louis, MO.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews. Conducting an interview*. London, UK: SAGE
- Laperriere, A. (2009). L'observation directe (Dans Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. (5<sup>e</sup> éd., Vol. 12, p. 311-336). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J. et Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: personal factors and organizational factors. *Recherche en soins infirmiers*(112), 76-87.
- Laschinger, H. K. S., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J., . . . Jeffs, L. (2016). Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 82-95.
- Laschinger, H. K. S. et Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282-291.
- 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.
- Leiter, M. P., Jackson, N. J. et Shaughnessy, K. (2009). Contrasting burnout, turnover intention, control, value congruence and knowledge sharing between Baby Boomers and Generation X. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 100-109.
- Levett-Jones, T. et Lathlean, J. (2009). 'Don't rock the boat': Nursing students' experiences of conformity and compliance. *Nurse education today*, 29(3), 342-349.
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L. et Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction,

- compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99.
- Li, S. et Kenward, K. (2006). *A national survey on elements of nursing education*. National Council of State Boards of Nursing Chicago, IL.
- Luhanga, F. L., Billay, D., Grundy, Q., Myrick, F. et Yonge, O. (2010). The one-to-one relationship: is it really key to an effective preceptorship experience? A review of the literature. *International journal of nursing education scholarship*, 7(1).
- Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2015). Aesthetic Leadership: Its Place in the Clinical Nursing World. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 357-361. doi: 10.3109/01612840.2015.1011361
- McCarthy, B. et Murphy, S. (2010). Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 234-244.
- Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2419-2433.
- Myrick, F., Caplan, W., Smitten, J. et Rusk, K. (2011). Preceptor/mentor education: A world of possibilities through e-learning technology. *Nurse education today*, 31(3), 263-267.
- Nielsen, A. E., Noone, J., Voss, H. et Mathews, L. R. (2013). Preparing nursing students for the future: An innovative approach to clinical education. *Nurse education in practice*, 13(4), 301-309.
- Niitsuma, M., Katsuki, T., Sakuma, Y. et Sato, C. (2012). The relationship between social skills and early resignation in Japanese novice nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 659-667.
- Olson-Sitki, K., Wendler, M. C. et Forbes, G. (2012). Evaluating the impact of a nurse residency program for newly graduated registered nurses. *Journal for nurses in professional development*, 28(4), 156-162.
- Omoike, O., Stratton, K. M., Brooks, B. A., Ohlson, S. et Storfjell, J. L. (2011). Advancing nursing leadership: A model for program implementation and measurement. *Nursing administration quarterly*, 35(4), 323-332.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA\\_memoire-releve.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/376MA_memoire-releve.pdf)

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Portrait de la relève infirmière 2016-2017*. Montréal, Québec: OIIQ. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/Portrait-releve\\_2016-2017.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/Portrait-releve_2016-2017.pdf)
- Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches. (2017). Création d'un comité de la relève infirmière au sein de votre CIUSSS/CISSS ou établissement non fusionné. 'Un tremplin pour le leadership' ! Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/creation-CRI-cadre-de-reference.pdf/c7cc5f72-9c30-d602-af15-a4fbccf9a9af>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd.* Armand Colin.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G. et McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse education today*, 34(1), 150-156.
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., 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.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation method*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.
- 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
- Peterson, J., McGillis Hall, L., O'Brien-Pallas, L. et Cockerill, R. (2011). Job satisfaction and intentions to leave of new nurses. *Journal of Research in Nursing*, 16(6), 536-548.
- Phillips, C., Esterman, A., Smith, C. et Kenny, A. (2013). Predictors of successful transition to Registered Nurse. *Journal of advanced nursing*, 69(6), 1314-1322.
- Poland, B. D. (2011). Transcription Quality (Dans J. F. Gubrium & J. A. Holstein (dir.), *Handbook of Interview Research: Context and Method* (p. 628-649). Thousand Oaks, Californie: SAGE Publications Inc.
- Polit, D. et Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. New Delhi, Inde: Adaptation française). Traduction française par Loiselle, CG, & Profetto-McGrath, J. Québec, Canada: Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Posner, B. Z. et Kouzes, J. M. (1988). Development and validation of the leadership practices inventory. *Educational and psychological measurement*, 48(2), 483-496.
- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Jeffs, L. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 246-255.

- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Read, E. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 246-255. doi: 10.1111/jonm.12456
- René, D., Gauthier, J.-A. et Widmer, E. (2006). Entre contraintes institutionnelle et domestique: les parcours de vie masculins et féminins en Suisse. *The Canadian Journal of Sociology*, 31(4), 461-489.
- Rhéaume, A., Clément, L. et LeBel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: a repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500.
- Robin, D. C. K. et Noshaba, K. (2016). Leadership in healthcare. Anaesthesia et Intensive Care Medicine. *Journal of clinical nursing.*, 17, 63–65.
- Roy, B., Holmes, D. et Chouinard, V. (2011). Contribution à une éthique de la sollicitude- Masculinités et genre dans la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*(4), 38-48.
- Royle, J., Blythe, J., DiCenso, A., Boblin-Cummings, S., Deber, R. et Hayward, R. (2000). Evaluation of a system for providing information resources to nurses. *Health Informatics Journal*, 6(2), 100-109.
- Santiago-Delefosse, M., Gavin, A., Bruchez, C., Roux, P. et Stephen, S. (2016). Quality of qualitative research in the health sciences: Analysis of the common criteria present in 58 assessment guidelines by expert users. *Social Science & Medicine*, 148, 142-151.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L’entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., p. 337-360). Québec, Québec: Presses de l’Université du Québec.
- Scott, E. S., Engelke, M. K. et Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning: necessary or nice? *Applied Nursing Research*, 21(2), 75-83.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l’espace francophone. (2015). La qualité des soins et la sécurité des patients : Une priorité mondiale
- Sifer-Rivière, L. (2016). Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l’expérience des personnes. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 85-100). Malakoff, France: Armand Colin.
- Simoneau, I. L., Paquette, C., Lawrence, F. et Ouellet, M. (2014). *Pédagogie par la simulation clinique haute fidélité dans la formation collégiale en santé: préparation clinique*,

*interdisciplinarité et intégration au curriculum: rapport de recherche.* Cégep de Sherbrooke.

- Smith, J. H. et Sweet, L. (2019). Becoming a nurse preceptor, the challenges and rewards of novice registered nurses in high acuity hospital environments. *Nurse education in practice*, 36, 101-107.
- Sorensen, R., Iedema, R. et Severinsson, E. (2008). Beyond profession: nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 535-544.
- Spouse, J. (2001). Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 512-522.
- Stanley, D. et Stanley, K. (2018). Clinical leadership and nursing explored: A literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1730-1743.
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 282-298.
- Streubert, H. (2011). The conduct of qualitative research: Common essential elements. *Qualitative research in nursing*. Sydney: Lippincott, Williams & Wilkins, 20, 31.
- Supamanee, 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.
- Suzuki, E., Kanoya, Y., Katsuki, T. et Sato, C. (2006). Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(2), 93-105.
- Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: designing nursing a leadership development program. *Journal of continuing education in nursing*, 40(3), 107-112. doi: 10.3928/00220124-20090301-02
- Talmage, J. (2012). Listening to, and for, the Research Interview. (Dans J.F. Gubrium, J.A. Holstein, A.B. Marvasti et K.D. MCKinney (dir.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences. *Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, États-Unis: Routledge.
- Tominaga, M. T. et Miki, A. (2011). Factors associated with the intention to leave among newly graduated nurses in advanced-treatment hospitals in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 33-46.

- Unruh, L. Y. et Nooney, J. (2011). Newly licensed registered nurses' perceptions of job difficulties, demands and control: Individual and organizational predictors. *Journal of Nursing Management*, 19(5), 572-584.
- Unruh, L. Y. et Zhang, N. J. (2014). Newly licensed registered nurse job turnover and turnover intent. *Journal for nurses in professional development*, 30(5), 220-230.
- Valéau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord: un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76-100.
- Vanaki, Z. et Memarian, R. (2009). Professional ethics: beyond the clinical competency. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 285-291.
- Varner, K. D. et Leeds, R. A. (2012). Transition within a graduate nurse residency program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(11), 491-499.
- 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.
- Walker, R., Cooke, M., Henderson, A. et Creedy, D. K. (2011). Characteristics of leadership that influence clinical learning: a narrative review. *Nurse education today*, 31(8), 743-756.
- Wangenstein, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E. et Nordström, G. (2012). Newly graduated nurses' perception of competence and possible predictors: a cross-sectional survey. *Journal of Professional Nursing*, 28(3), 170-181.
- Williams, C. A., Goode, C. J., Krsek, C., Bednash, G. D. et Lynn, M. R. (2007). Postbaccalaureate nurse residency 1-year outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 37(7/8), 357-365.
- Winfield, C., Melo, K. et Myrick, F. (2009). Meeting the challenge of new graduate role transition: Clinical nurse educators leading the change. *Journal for nurses in professional development*, 25(2), E7-E13.
- Won, H. (2015). Clinical Leadership of Staff Nurse: A Phenomenology Study. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(26).
- 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.
- Zolotareva, L. (2017). L'expérience de devenir préceptrice chez des infirmières débutantes [mémoire de recherche, Université de Montréal].



## Liste des appendices

**Appendice A : Représentation graphique des stades d'expertise *From Novice to Expert***

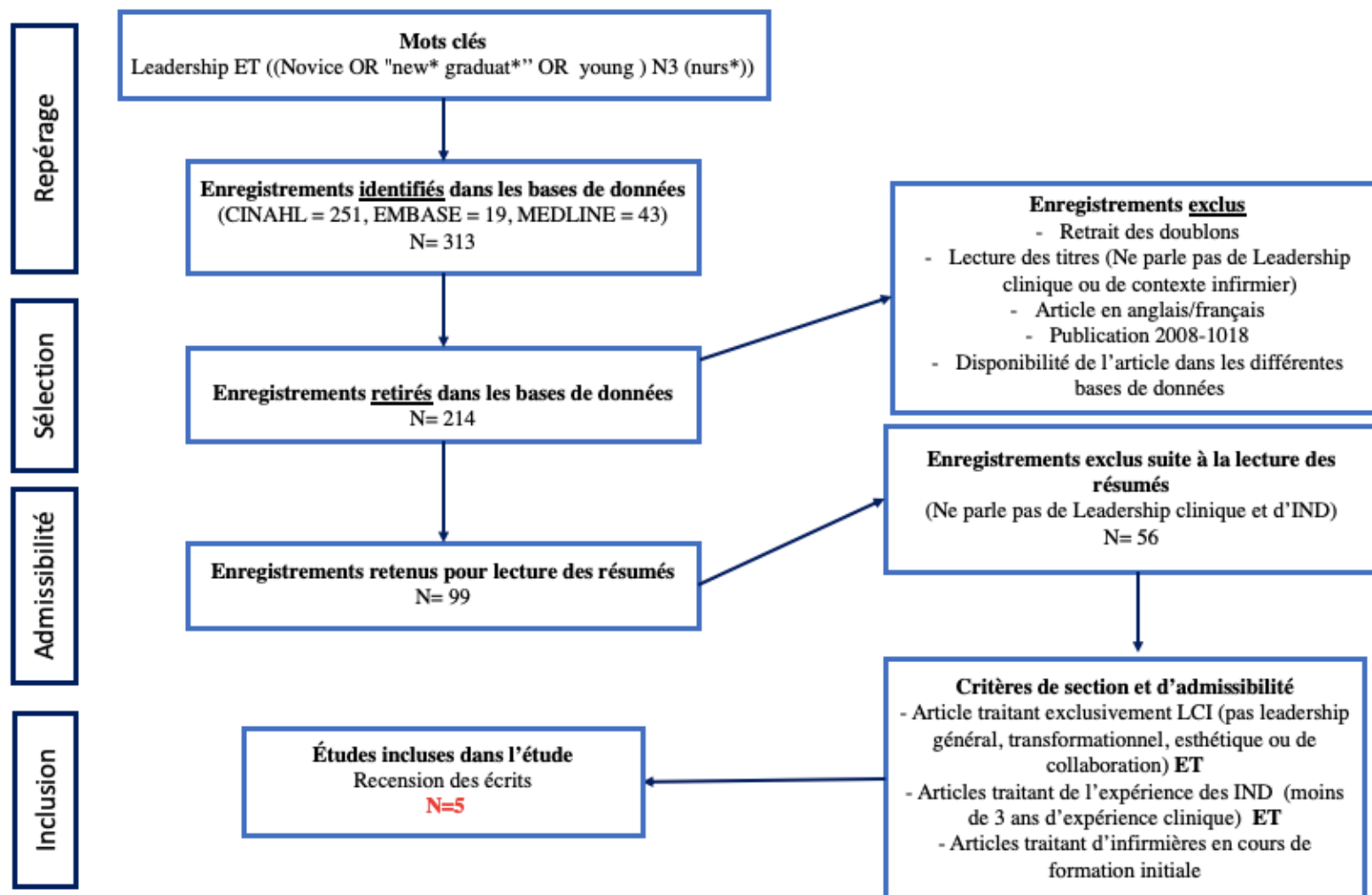
## Stades d'expertise *From Novice to Expert*



University of the Philippines - Open University Master of Arts in Nursing, 2017. Theorist background study of Novice-Expert theory [Image en ligne].  
Repéré à <http://novicetoxpertsingtheory.blogspot.com/2017/08/>

**Appendice B : Le diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles retenus pour la recension des écrits**

Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles retenus pour la recension des écrits



**Appendice C : Articles retenus pour la recension des écrits sur le LCI des IND**

**Tableau II : Articles retenus pour la recension des écrits sur le LCI des IND (n=5)**

Référence	But	Méthode	Échantillon	Collecte et analyse des données	Résultats clés
<p><b>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: 10,101 6/j.nedt.2010.11.009</b></p>	<p>*Développement d'un modèle cognitif d'apprentissage (MCA) sur la compétence de LCI. *S'inspirant du modèle de Benner (1982) les chercheuses ont conceptualisé la trajectoire du développement de cette compétence allant de l'infirmière novice à l'infirmière experte.</p>	<p>* Montréal * Étude phénoménologique interprétative</p>	<p>*IND *N= 53 * Étude effectuée dans une université, ainsi que deux hôpitaux universitaires francophones. *32 étudiants en sciences infirmières, de six nouvelles infirmières ayant entre 12 et 18 mois de pratique clinique et de 15 infirmières expertes ayant au minimum cinq années d'expérience</p>	<p>* entretiens individuels semi-structurés</p>	<p>* MCA : comprends cinq étapes d'apprentissages, soit « la sensibilisation, l'intégration, le leadership actif avec le patient et sa famille, le leadership actif avec l'équipe et le leadership clinique intégré et étendu au niveau organisationnel</p> <p>*MCA : les IND se retrouvent au niveau du stade 2, soit « débutantes avancées » = phase où elles intègrent le LCI dans leurs actions = quatre points d'apprentissages critiques ont été identifiés pour expliquer l'intégration de cette compétence dans leurs actions, soit par leur capacité de s'exprimer avec confiance, de s'impliquer dans les situations vécues par leurs patients et familles, ainsi que de communiquer des informations factuelles de manière constructive à d'autres professionnels</p> <p>*L'exercice de cette compétence dans la pratique professionnelle est primordial à l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins aux patients. * le processus de transition du milieu académique vers le milieu de pratique clinique vécue par l'IND peut « entraver le développement de cette compétence »</p> <p>Pour l'exercer davantage : * Les étudiants ont soulevé un manque de soutien de leur précepteur pour le développement de cette compétence.</p>

<p><b>Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., &amp; Dumont, K. (2013). Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. Recherche en soins infirmiers (1), 76-87.</b></p>	<p>Les objectifs de cet article sont de décrire les comportements que les IND utilisent pour développer leurs compétences de raisonnement et de leadership ; et de documenter les éléments organisationnels qui facilitent ce développement .</p>	<p>*Montréal, Qc * Étude qualitative descriptive et exploratoire.</p>	<p>* N=34 (IND qui ont 6 à 12 mois de pratique dans l'établissement et celles qui ont entre 18 et 24 mois de pratique et qui prodiguent des soins directs aux patients) * N=19 (infirmières gestionnaires) * centre hospitalier universitaire dans la région de Montréal.</p>	<p>*+4 focus groups *entretien individuel semi-structuré. *Il a été demandé aux infirmières d'indiquer leur niveau de compétences actuel, leur niveau de priorité à poursuivre chacun de ces apprentissages sur une échelle d'un à cinq (un étant le plus bas niveau et 5 le plus élevé) et de décrire les activités qu'elles effectuent pour développer ces apprentissages.</p>	<p>* Quant à l'apprentissage du leadership clinique, leur niveau de compétences actuel se situe à 3,8 et 3,9 et leur priorité de développement à 4,5.</p> <p>* les infirmières estiment que « prendre des initiatives », « s'affirmer et prendre des situations de patient en main », « s'exprimer avec confiance et influencer les soins » sont les trois apprentissages où elles se perçoivent moins compétentes.</p> <p>*15 infirmières sur 34 affirment développer leurs compétences non seulement durant leur temps de travail, mais aussi en utilisant leur temps personnel.</p> <p>* Les IND ont mentionné que la répétition des soins, le degré de stress sur les unités et le manque d'expérience influencent directement et indirectement le développement de leur raisonnement clinique et de leur LCI</p> <p>*Le développement de ces deux compétences serait exponentiel au nombre de mois de pratique clinique des IND.</p> <p>* Aucune « différence marquée entre les infirmières de 6 ou de 24 mois = période de transition et d'adaptation des IND, ainsi que leur perception de leur niveau de compétences pourrait possiblement expliquer la similarité</p>
<p><b>Ekström, L., &amp; Idvall, E. (2015). Being a team leader: newly registered nurses</b></p>	<p>L'étude a exploré « comment les infirmières cliniciennes</p>	<p>*En Suède *Étude qualitative exploratoire</p>	<p>* IND * N=12 * Un centre hospitalier universitaire</p>	<p>*entrevues individuelles</p>	<p>Les 5 thèmes sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Se sentir limité et isolé</li> <li>2- Former des équipes qui fonctionnent bien,</li> <li>3- Apprendre à être leader</li> <li>4- Avoir le courage, la force et le désir d'être leader</li> </ol>



<p><b>relate their experiences. Journal of nursing management, 23 (1), 75–86.</b></p>	<p>nouvellement diplômées assument leur leadership clinique infirmier dans leurs équipes de soins » (p. 75)</p>		<p>*Six infirmières avaient 6-12 mois de pratique clinique  * trois infirmières avaient 13–18 mois de pratique clinique  * Trois infirmières avaient 19–24 mois de pratique clinique</p>		<p>5- Assurer les soins appropriés</p> <p>Leur LCI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Le manque d'expérience clinique et le manque de connaissances quant à l'organisation et à l'application des routines, rendaient difficile le processus de priorisation et de délégation des IND.</li> <li>* Les participantes ont dit qu'elles se sentent abandonnées et qu'elles ne disposaient pas d'outils, mis en place par les organisations, leur permettant de discuter des problèmes de leadership rencontrés dans leur pratique clinique infirmière.</li> <li>* Les résultats démontrent que les IND vivent beaucoup d'irritations face au fait qu'elles ne peuvent compter entièrement sur un membre de l'équipe et qu'elles doivent souvent compenser et corriger les négligences de leurs collègues.</li> <li>* Ces dernières exprimaient que le fait de « se sentir remplaçables, de ne pas être valorisées par les gestionnaires et de ne pas être entendues » affectait négativement l'exercice de leur LCI.</li> </ul> <p>Pour l'exercer davantage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* les répondantes ont indiqué que faire confiance aux membres de l'équipe est primordial pour l'expression de leur LCI</li> <li>* « être soutenu au travers de sa pratique » « pouvoir poser des questions » « obtenir de l'aide au besoin » favorisent la sécurité et renforcent le LCI des IND</li> <li>* Le rôle d'un mentor, d'un modèle et/ou d'une personne-ressource est donc essentiel à l'exercice du LCI chez les IND</li> </ul>
---	---	--	--	--	--

<p><b>Chappell, K. B., &amp; Richards, K. C. (2015). New graduate nurses, new graduate nurses transition programs, and clinical leadership skill: A systematic review. Journal for nurses in professional development, 31 (3), 128–137.</b></p>	<p>* Le but de cette étude est de procéder à un examen systématique pour évaluer la relation entre (a) les nouvelles infirmières diplômées et leurs compétences en leadership clinique et (b) les nouveaux programmes de transition des infirmières diplômées et leurs compétences en LCI.</p>	<p>*USA *Revue systématique</p>	<p>*N=17 articles *15 de ces études ont été faites aux États-Unis, une en Écosse et une en Nouvelle-Zélande  * Au total, près de 4000 IND ayant suivi un cheminement de premier cycle universitaire participaient aux différentes études (principalement des femmes, ayant moins de 35 ans)</p>	<p>*CINAHL, MEDLINE et Cochrane Library *De janvier 2000 à janvier 2013 * mots-clés utilisés : nouvelle infirmière, IND, programmes de résidence, internat, orientation, transition et leadership.</p>	<p>* le LCI des IND s'accroît lors de la première année de pratique clinique, et ce, même en l'absence d'une intervention.  * Un programme préalablement suivi lors du processus de transition augmenterait considérablement le développement et l'exercice de cette compétence dans la pratique clinique des IND (4 études ont démontré une amélioration statistiquement significative)</p>
<p><b>Won, H. (2015). Clinical leadership of Staff Nurse: A Phenomenological Study. Indian Journal of Science and Technology, 8</b></p>	<p>* Le but de cette recherche est d'explorer les expériences de leadership des infirmières.</p>	<p>*Corée *Étude phénoménologique</p>	<p>*N=6 (IND ayant moins de 3 ans de pratique clinique + travaillant sur des unités de soins courants)</p>	<p>* entrevues individuelles</p>	<p>* cinq principaux thèmes illustrant l'exercice de la compétence de LCI au chevet des patients ont été regroupés :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Capacités liées au travail (organisation travail pour assurer qualité des soins + capacité de valider ses connaissances avec ses collègues)</li> <li>2- L'influence que j'ai sur moi-même (motivation face au travail + à réaliser ses objectifs de la journée)</li> <li>3- L'influence que l'on a sur les autres (relations saines entre collègues + intégration des IND dans l'équipe)</li> </ol>

<p><b>(26), 1–4.</b>  <b><a href="https://doi.org/10.17485/jst/2015/v8i26/80">https://doi.org/10.17485/jst/2015/v8i26/80</a></b>  <b>217</b></p>					<p>4- Contribution à l'organisation (effort pour améliorer l'environnement de pratique)</p> <p>5- L'empathie (comportement humaniste)</p> <p>* Les infirmières utilisent des comportements professionnels pour influencer les résultats pour les patients grâce à une communication et une collaboration efficace avec d'autres professionnels de la santé et à la coordination des ressources nécessaires pour fournir aux patients des soins en temps opportun.</p>
--	--	--	--	--	---

**Appendice D : Autorisation du comité éthique pour réaliser la recherche**



Le 18 février 2019

Madame [redacted]  
[redacted]

a/s: Madame Sara Alami Hassani  
[redacted]

<b>Objet:</b>	<b>Autorisation de réaliser la recherche suivante:</b>
	<b>Titre du projet : Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.</b>
	<b>Numéro CÉR [redacted] : 18.328</b>

Chère Madame [redacted]

Il me fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au [redacted] et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche (« CÉR ») du [redacted] portant la date du 14 février 2019, qui agit à titre de CÉR évaluateur, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif et qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Si le CÉR évaluateur vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement et/ou sous ses auspices est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Votre projet de recherche a aussi reçu une évaluation positive de tous les autres éléments de la convenance au sein de notre établissement.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez à :

1. utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
2. vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche ainsi que pour lui rendre compte du déroulement du projet et des



- actes de votre équipe de recherche ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
3. conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur après la fin du projet, selon les règles de conservation de l'établissement, afin de permettre leur éventuelle vérification;
  4. respecter le cadre réglementaire de l'établissement, notamment, s'il y a lieu, les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche dans notre établissement, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CÉR évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par le [REDACTED] en cas de non-respect des conditions établies lors de notre examen de la convenance. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que le [REDACTED] communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Toute communication avec le soussigné concernant la présente autorisation à réaliser la recherche doit être acheminée ainsi :

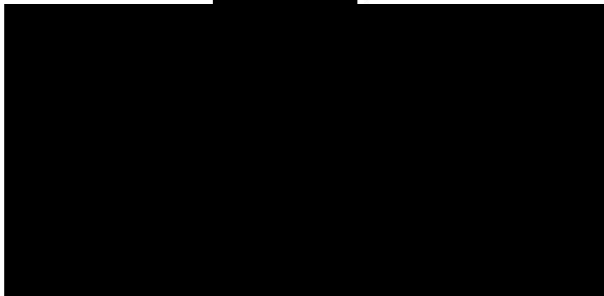
- par courriel : [REDACTED]
- par téléphone : [REDACTED]

Pour toutes questions, conseils ou soutien relativement aux aspects éthiques de votre projet de recherche, vous pouvez aussi solliciter l'appui du CÉR de notre établissement en vous adressant aux coordonnées suivantes :

- par courriel : [REDACTED]
- par téléphone [REDACTED]

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de ce projet de recherche le numéro attribué à votre demande par le [REDACTED] soit **18.328**.

En vous remerciant de votre contribution à la mission de recherche de notre établissement, je vous prie d'agréer, Chère [redacted] l'expression de mes sentiments les meilleurs.



**Appendice E : Planification de la rencontre avec la personne ressource**



## Rencontre avec la personne ressource du milieu de l'étude

- Début de la rencontre
  - Présentation de l'étudiante (cursus personnel et professionnel)
  - Milieu académique (cursus académique)
- Présentation du projet de recherche envisagé
  - Problématique (Littérature VS constat dans les milieux)
  - Objectifs de la recherche
  - But
  - Questions de recherche
- Présentation de la méthode
  - Justification du choix du milieu
  - Plan d'échantillonnage
  - Méthode de recrutement (e-recrutement/recrutement unités)
  - Critères d'inclusions
- Méthode de collecte et de gestion des données
  - Questionnaire sociodémographique
  - Entretiens 45-60 minutes
  - Lieu des entretiens (ex : local, bibliothèque, ██████████)
  - Méthode d'analyse des données recueillies
- Considérations éthiques
  - Consentement des participantes
  - Gestion des données/Confidentialité
  - Dates de soumissions
  - Services d'aide aux employés (liste des ressources disponibles)
  - Normes de diffusions des résultats
- Évaluation de la faisabilité du projet de recherche envisagé
- Fin de la rencontre

**Appendice F: Affiche de recrutement affichée sur les réseaux sociaux**

## RECRUTEMENT POUR PROJET DE RECHERCHE

### Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier, chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

No de projet :18.328



#### Objectif de l'étude

Dans le cadre d'un projet de recherche, nous désirons décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées, et ce, au cours de leur première année de pratique professionnelle. De plus, nous aimerions explorer les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice du leadership clinique infirmier.

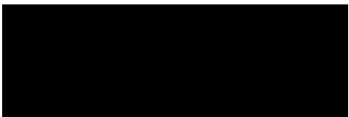
#### Clientèle recherchée

- ✓ Infirmière employée au [REDACTED]
- ✓ Infirmière nouvellement diplômée ayant une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ.
- ✓ Baccalauréat de formation initiale (complété) OU baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC (complété)

#### Participation à l'étude

- ✓ Questionnaire sociodémographique
- ✓ Entrevue enregistrée d'une durée de 45-60 minutes
- ✓ Donner des commentaires sur les premiers résultats d'analyse (facultatif)

**Appendice G : Affiche de recrutement affichée sur les unités de soins**



## RECRUTEMENT POUR UN PROJET DE RECHERCHE

Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier, chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

Objectifs de l'étude de recherche : Dans le cadre d'un projet de recherche, nous désirons décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées, et ce, au cours de leur première année de pratique professionnelle. De plus, nous aimerions explorer les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice du leadership clinique infirmier, chez cette même population.

### Clientèle recherchée

- ✓ Infirmière bachelière employée au [redacted]
- ✓ Infirmière bachelière nouvellement diplômée ayant une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ.
- ✓ Baccalauréat de formation initiale (complété) OU baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC (complété)

### Participation à l'étude

- ✓ Remplir un questionnaire sociodémographique.
- ✓ Rencontrer l'étudiante-chercheuse pour une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes.
- ✓ Facultativement: Donner des commentaires sur les premiers résultats d'analyse (par courriel).

### Chercheuse responsable [redacted]



### Étudiante-chercheuse

Sara Alami Hassani, inf. B. Sc. Inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières.

### Directrice de recherche

Jacinthe Pepin, inf., Ph. D., professeure titulaire et directrice du Centre d'innovation en formation infirmière de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

No du projet : 18. 328

[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani	[redacted] Sara Alami Hassani
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

**Appendice H: Lettre pour les ICU, CSS, CSI**

Bonjour à tous,

Je m'appelle Sara Alami Hassani.

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, option formation en sciences infirmières à l' [REDACTED]. Mes travaux de mémoire sont supervisés par la professeure titulaire Jacinthe Pepin et s'inscrivent dans les travaux de [REDACTED] qu'elle dirige au [REDACTED]. [REDACTED] est la chercheuse responsable au [REDACTED].

Mon projet de mémoire porte sur le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier, chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées. Je porte un grand intérêt au leadership clinique infirmier. J'estime, et cela basé sur des résultats empiriques, que cette compétence infirmière est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins et à la sécurité des patients. L'exercice de cette compétence permet aux infirmières de mettre en valeur l'apport de leur profession tout en se positionnant dans un paradigme de transformation. À cet effet, pour mieux comprendre l'expérience des infirmières bachelières nouvellement diplômées (ayant moins de 12 mois de pratique clinique), j'aimerai effectuer des entretiens au [REDACTED].

#### **Le but de l'étude :**

Décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

#### **Les questions de recherche :**

- Comment des infirmières bachelières nouvellement diplômées décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?
- Quels sont, selon des infirmières bachelières nouvellement diplômées, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur leadership clinique infirmier ?

#### **Critères d'inclusions des participantes à l'étude :**

- Infirmière bachelière employée au [REDACTED]
- Infirmière nouvellement diplômée ayant une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ.
- Baccalauréat de formation initiale (complété) OU baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC (complété).

Projet approuvé par le Comité Éthique de la Recherche [CER] du [REDACTED] : 18.328

Vous trouverez, ci-joint, mon affiche de recrutement.

SVP, veuillez diffuser l'information aux infirmières nouvellement diplômées de vos unités et veuillez afficher mon affiche de recrutement aux postes des infirmières, dans les salles de conférences et dans la salle de diner de votre unité, si possible.

Votre aide me sera fort utile. Je vous remercie à l'avance pour votre temps.

Je reste disponible pour vous offrir d'amples informations sur mon projet, à n'importe quel moment.

Cordialement,

Sara Alami Hassani





**Appendice I : Questionnaire de données sociodémographiques**

Entrevue # : \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

### Questionnaire de données sociodémographiques

#### Genre

- Féminin
- Masculin
- Ne s'identifie à aucun genre

#### Âge

- 25 ans et moins
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- Ne préfère pas répondre

#### Formation en sciences infirmières

- Baccalauréat de formation initiale
- Baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC

Date de fin du programme d'étude : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date de l'obtention du permis d'exercice : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- Examen effectué en Hiver (Mars)
- Examen effectué au Printemps (Septembre)

Nombre de mois de pratique (depuis la date de réussite de l'examen) : \_\_\_\_\_

#### Unité de soins

Spécifique : \_\_\_\_\_

Équipe volante : \_\_\_\_\_

#### Quart de travail

- Jour
- Soir
- Nuit
- Rotation J/S
- Rotation S/N
- Rotation J/N
- Autre

#### Statut de l'emploi

- Temps plein
- Temps partiel
- Non défini (nombre de jours/2semaines) : \_\_\_\_

## **Appendice J: Outil de collecte de données**

## Outil de collecte de données : Guide d'entretien

### Le but de l'étude

Décrire le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières nouvellement diplômées.

### Les questions de recherche

1. Comment des IND décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle ?
2. Quels sont, selon des IND, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur LCI ?

### Critères de sélections des participants

- ✓ Infirmière employée au [REDACTED]
- ✓ Infirmière nouvellement diplômée ayant une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ.
- ✓ Baccalauréat de formation initiale (complété) ou baccalauréat de formation intégrée DEC-BAC (complété)

**Matériel :** Enregistreur. Papier, crayon, ordinateur.

**Tenue vestimentaire :** L'apparence du chercheur a aussi une importance. L'étudiante-chercheuse optera pour la sobriété vestimentaire.

### Intervention d'introduction :

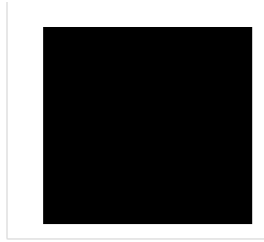
- S'assurer du confort de la personne (lieu, environnement)
- Présentation étudiante-chercheuse
- Remerciement pour la participation
- Explication du déroulement de l'entretien
- Rappel des objectifs de l'étude
- Rappel du principe de confidentialité/enregistrement
- Faire signer le consentement

### Intervention de clôture :

- Remerciements
- Rétroaction sur le déroulement de l'entrevue
- Synthèse des éléments importants
- Rappel des ressources disponibles pour les employés

Thèmes à explorer	Questions de recherche impliquées	Les interventions de l'intervieweur
<b>Infirmière débutante</b>	Pratique professionnelle (Discussion brise-glace)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q : Parlez-moi de votre pratique clinique comme infirmière clinicienne?</li> <li>SQ : Qu'est-ce qui ressort de votre pratique clinique, selon vous ?</li> </ul>
<b>Leadership clinique infirmier [LCI]</b>	<p>Exercice du LCI</p> <p><b>** Appendice L : Offrir à la personne un outil permettant la conceptualisation du parcours (échelle du temps pour l'aider à organiser ses idées + identification des moments clés)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q : Comment décrivez-vous le leadership clinique infirmier ?</li> <li>- Q : Quand vous pensez à votre première année de pratique professionnelle; essayez de vous rappeler les événements et/ou les situations clés ou vous avez exercé votre leadership.</li> <li>SQ : À quel moment de votre parcours cet événement s'est-il passé ?</li> <li>SQ : Quel était votre rôle dans cette situation / émotions</li> <li>SQ : Quelles autres personnes étaient impliquées</li> <li>- Situations où vous avez exercé du LCI --</li> <li>SQ : Comment exercez-vous votre leadership dans votre pratique ?</li> </ul>
<b>Exercer son LCI à travers le parcours expérientiel</b>	<p>Comment exercent-elles leur LCI dans leur pratique clinique ?</p> <p>Quels sont, selon des IND, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur LCI ?</p> <p>Pour terminer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Q : En ce qui concerne votre parcours expérientiel, pouvez-vous me décrire un événement clé, dont vous vous rappelez, qui pourrait témoigner de l'exercice de votre LCI ?</li> <li>SQ : Pouvez-vous me décrire un autre événement - clé ?</li> <li>- Q : Pour ce qui est des événements clés dont vous venez de parler. Qu'est-ce qui selon vous a facilité l'exercice de votre LCI ?</li> <li>- SQ : Qu'est-ce qui a été plus difficile ?</li> <li>- Q : Y'a -t-il d'autres éléments que vous n'avez pas eu l'occasion d'exprimer, que vous aimeriez ajouter, et qui serait en lien avec ma recherche ?</li> <li>SQ : Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?</li> </ul>

**Appendice K: Formulaire d'information et de consentement**



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet: Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

Chercheuse responsable au [REDACTED] [REDACTED]

Étudiante - chercheuse: Sara Alami Hassani, inf., Bsc (sc. Inf.), Candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Directrice de recherche: Jacinthe Pepin, inf., Ph. D, Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

No de projet au [REDACTED]: 18.328

## **PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes une infirmière bachelière nouvellement diplômée qui exerce au [REDACTED]. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse, Sara Alami Hassani, ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET**

Pour mieux comprendre l'expérience du leadership chez des infirmières nouvellement diplômées [IND] au Québec, le but du projet de recherche sera d'explorer le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier [LCI], chez des IND dans leur contexte spécifique. Ici, le parcours sera défini comme une suite chronologique de situations que les participantes choisiront de décrire pour illustrer l'exercice de leur LCI au cours de leur première année de pratique professionnelle. Les questions de recherche sont les suivantes :

1. Comment des IND décrivent-elles leur parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique, au cours de leur première année de pratique professionnelle?
2. Quels sont, selon des IND, les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou contraignent l'exercice de leur LCI?

Pour décrire cet exercice, l'étudiante-chercheuse invitera les IND à participer à son projet de recherche. Celles qui désirent participer et qui répondent aux critères de sélection seront recrutées. Des entretiens seront effectués auprès de celles-ci, après signature du consentement.

## **NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DURÉE DE LA PARTICIPATION**

Dans le cadre de ce projet, 8 à 10 infirmières bachelières nouvellement diplômées seront recrutées. Votre participation se limite à l'entretien individuel d'une durée maximale d'une heure. À votre convenance, vous pourrez également répondre à un courriel en émettant des commentaires sur les premiers résultats d'analyse obtenus. Vos commentaires sont facultatifs. Ils permettront simplement de valider les propos retenus pour la collecte des données.

Le traitement, l'analyse des données et la diffusion des résultats s'échelonneront sur 9 mois.

## **NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET**

### **Critères d'inclusions des participantes à l'étude**

[REDACTED] Infirmière bachelière employée au [REDACTED]



- Infirmière nouvellement diplômée ayant une pratique clinique inférieure ou égale à 12 mois après l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ.
- Baccalauréat de formation initiale (complété) OU baccalauréat de formation intégrée DECBAC (complété).

### **Déroulement du projet de recherche**

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche et après avoir signé le présent formulaire, votre participation en trois étapes, dont la troisième est facultative, consistera à:

- Étape 1: Remplir un questionnaire sociodémographique (les informations sociodémographiques nous permettront de qualifier notre population à l'étude et nous offrira un maximum d'informations sur le contexte de travail des participantes).
- Étape 2: Rencontrer l'étudiante-chercheuse pour une entrevue individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes. L'entretien aura lieu dans une salle privée. Par exemple, l'étudiante-chercheuse pourra suggérer aux participantes une salle réservée à la bibliothèque affiliée au milieu de l'étude, une salle de réunion à disposition des employés, ou même à la [REDACTED]. De même afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance, hors période de travail. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses. Pour faciliter la collecte et l'analyse des données, l'entrevue sera enregistrée sur support numérique.
- Étape 3 (facultative) : Les premiers résultats d'analyse, vous seront transmis par courriel. Vous serez invité à émettre des commentaires, si vous le désirez. Les commentaires, amèneront l'étudiante-chercheuse à enrichir et/ou à modifier certains éléments de son analyse des données, afin de refléter précisément l'expérience des IND.

### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque physique connu à participer à ce projet de recherche. Par contre, votre participation à ce projet pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. En effet, lors de vos descriptions, il est possible que vous perceviez un manque de LCI dans votre pratique, voire même une incompétence professionnelle, ce qui générerait des sentiments négatifs non négligeables. Or, il est à noter que les objectifs de la présente étude ne concernent en aucun cas l'évaluation ou le développement de vos compétences. Vos expériences nous permettront simplement de décrire le parcours expérientiel de l'exercice du LCI. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pourrez cesser l'entrevue à tout

moment. L'étudiante-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

### **Risque lié au bris de confidentialité:**

Il n'existe aucun risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles, qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section « Confidentialité ».

### **AVANTAGES**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Les données de recherche seront conservées pendant au moins 10 ans par le chercheur responsable, ainsi que par la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse. Les fichiers informatiques et enregistrements audio seront conservés sur un serveur sécurisé du [REDACTED] et seront placés dans un classeur barré à la faculté [REDACTED]

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

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

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

### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à l'étudiante-chercheuse à la fin de l'étude. Les résultats seront diffusés sous forme de communication orale ou de publications scientifiques.

### **FINANCEMENT DU PROJET**

L'étudiante-chercheuse du projet et l'établissement n'ont reçu aucun financement pour mener à bien ce projet de recherche.

### **COMPENSATION**

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

## **EN CAS DE PRÉJUDICE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas l'étudiante-chercheuse, sa directrice de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

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

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

L'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche, ainsi que le comité d'éthique de la recherche, peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

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

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

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du [REDACTED] au numéro suivant: [REDACTED] (entre 8h00 et 17h00, du lundi au vendredi). Vous pouvez aussi contacter l'étudiante-chercheuse, Sara Alami Hassani, au numéro suivant: [REDACTED] (entre 8h00 et 20h00, du lundi au vendredi).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services au numéro [REDACTED] ou par l'adresse courriel suivante: [REDACTED]

Pour rejoindre le service d'aide aux employés en tout temps, jour et nuit, composez le [REDACTED]

## **SIGNATURE**

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

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du/de la participant(e)	Date
--------------------------	-----------------------------------	------

## **ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE**

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait.

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

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la chercheuse responsable	Date
--------------------------	--	------

---

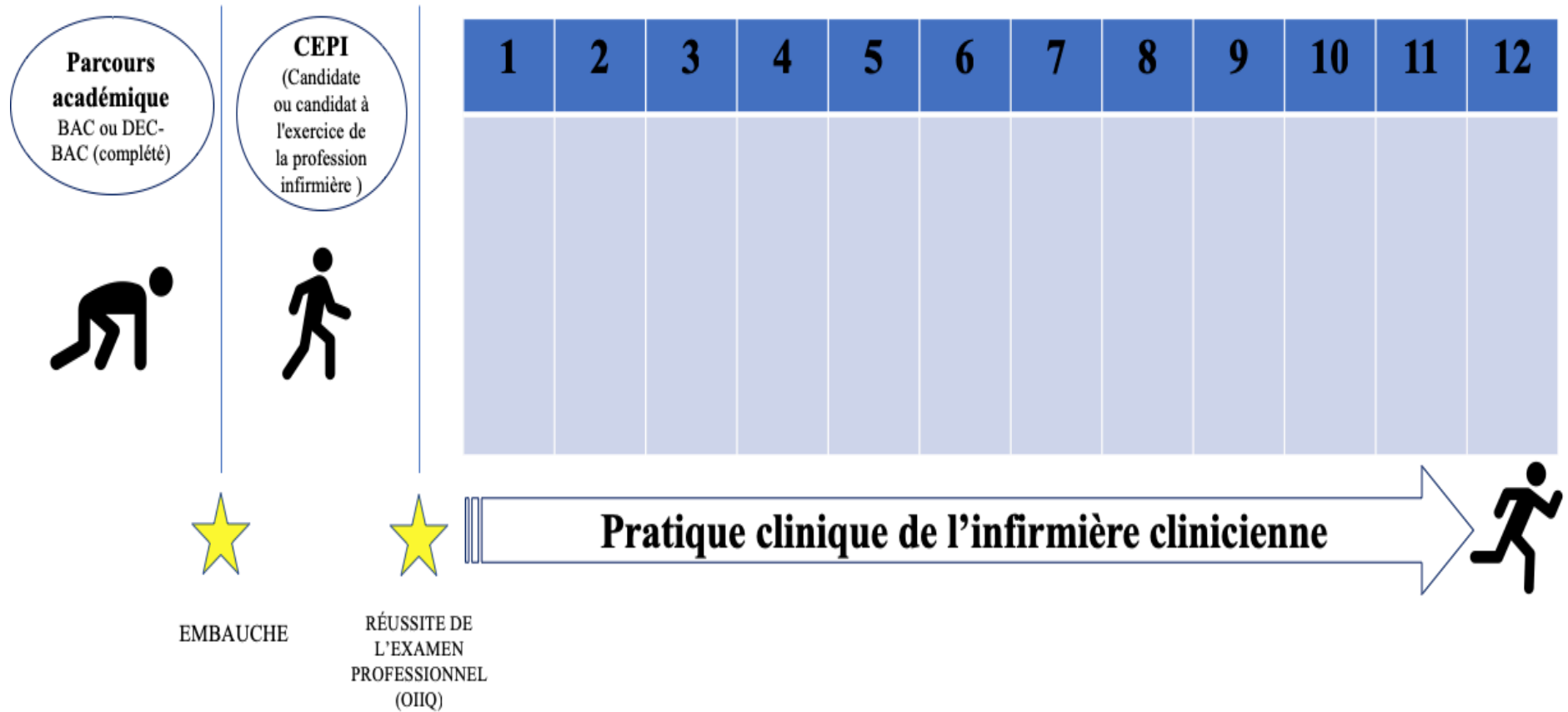
Nom (en lettres moulées)	Signature de l'étudiante - chercheuse	Date
--------------------------	---------------------------------------	------

## **APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé le projet et en assurera le suivi.

**Appendice L : Outil permettant la conceptualisation du parcours dans le temps**

## Le parcours expérientiel de l'exercice du LCI chez des IND



**Appendice M: Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité**

## ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels<sup>3</sup>

**Titre de la recherche :** Le parcours expérientiel de l'exercice du leadership clinique infirmier chez des infirmières bachelières nouvellement diplômées.

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

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne et de détruire les enregistrements envoyés par l'étudiante-chercheuse après la transcription des entretiens.

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ [lieu], le \_\_\_\_\_ [date]

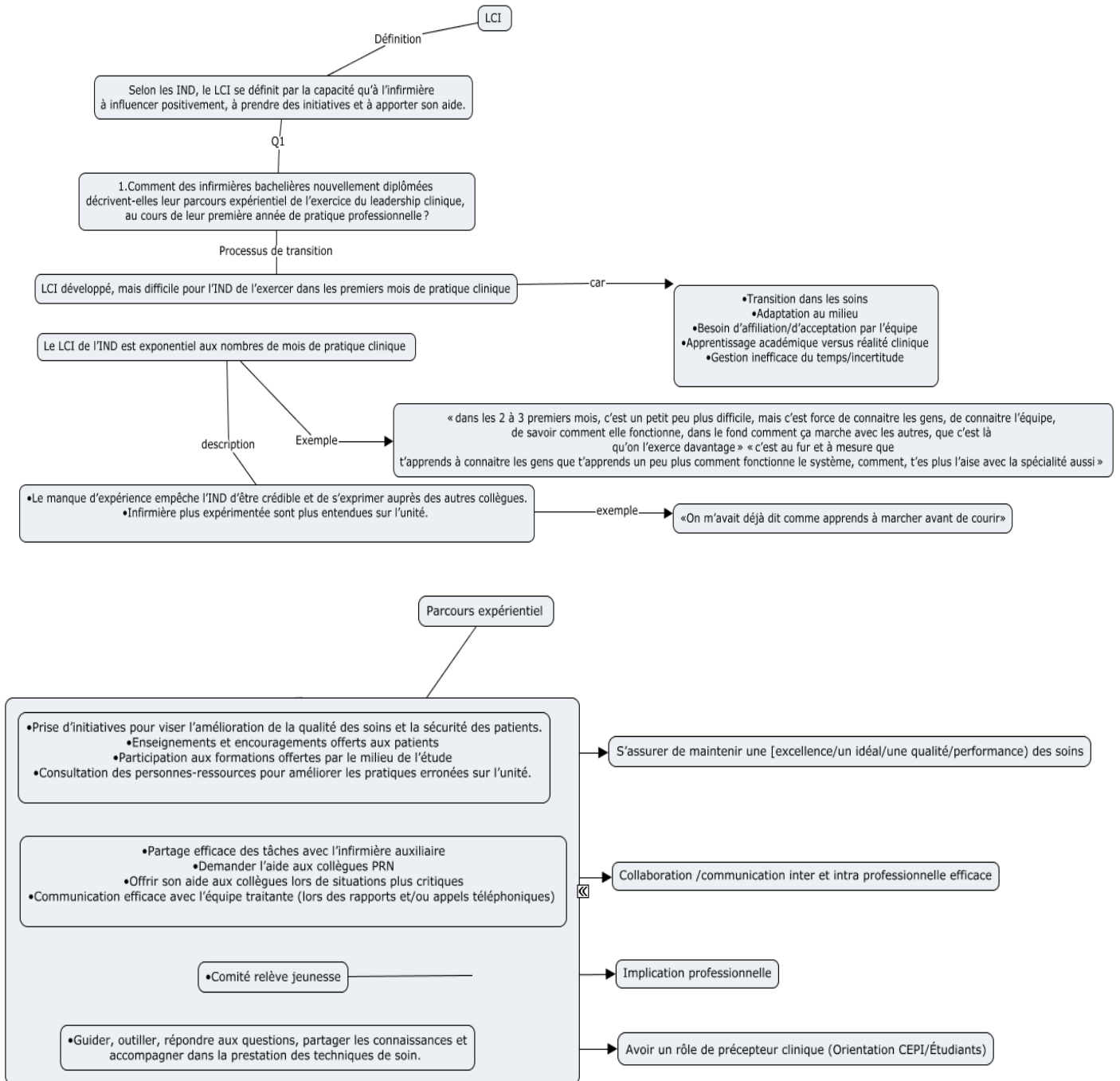
---

<sup>3</sup> Modèle de lettre appartenant à la Commission d'accès à l'information du Québec. Repéré au [http://www.cai.gouv.qc.ca/documents/CAI\\_FO\\_engagement\\_confidentialite.pdf](http://www.cai.gouv.qc.ca/documents/CAI_FO_engagement_confidentialite.pdf) [consulté le 22 mars 2019]

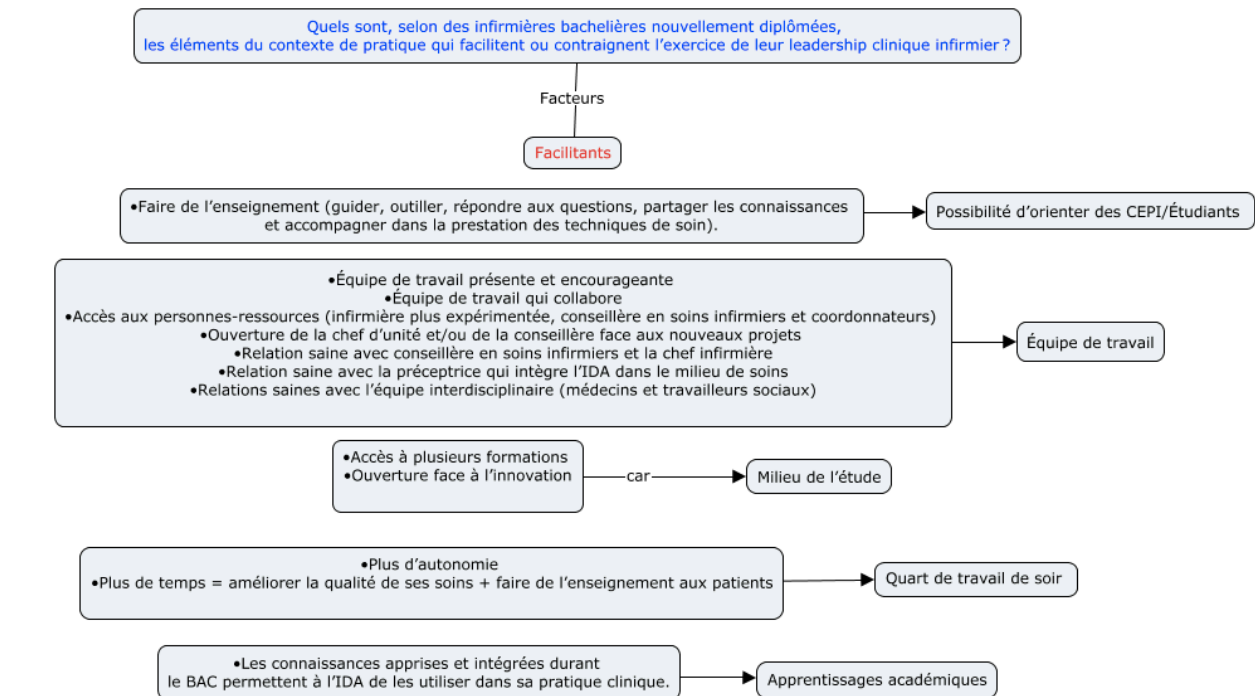
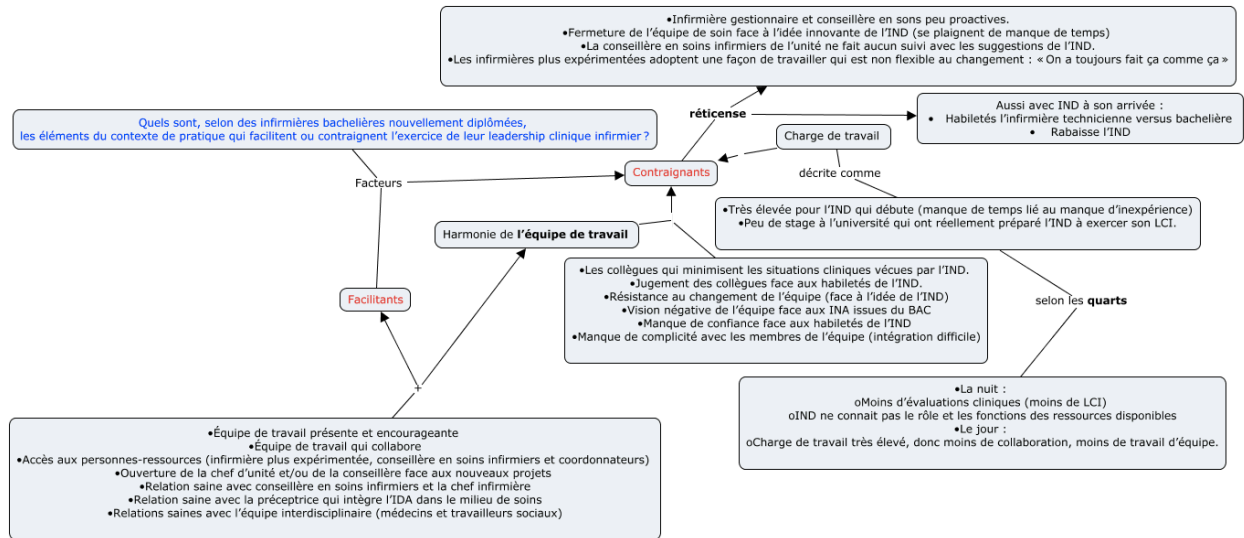


**Appendice N : Visualisation de l'arbre thématique conceptualisé sur le logiciel *CmapTools***

## Exemple de conceptualisation pour la question 1



## Exemple de conceptualisation pour la question 2



**Appendice O : Critères de la revue *Nurse Education Today***

## Présentation du manuscrit

<b>Nombres de mots alloués aux articles de recherche</b>	5000 mots
<b>Structure de l'article</b>	Abrégé (300 mots) : sans références ni abréviations
	Mots-clés (maximum 8)
	Introduction
	Revue de littérature
	Méthode
	Résultats
	Discussion
	Conclusion

### **Research Papers<sup>4</sup> - 3,500-5,000 words**

Papers reporting original research are welcomed between 3,500-5,000 words, including abstract/summary and references. Please check your text carefully before you send it off, both for correct content and typographic errors. You will increase the chances of acceptance if you draw on the experience of previously published colleagues where possible. It is not possible to change the content of accepted papers during production. Research papers should adhere to recognised standards for reporting (see Guidance below - Considerations to specific types of research design). *Headings.* The content of your paper should determine the **headings** you use. If yours is a quantitative research paper the headings should follow the usual layout, such as:

**Introduction, Background/Literature, Methods, Data/Results, Discussion, Conclusions.** If your paper takes another form, theoretical or qualitative for example, you should use the appropriate headings, but do bear in mind that headings should facilitate reading and understanding.

---

<sup>4</sup> Nurse Education Today (2020). Author information pack. Repéré à <https://www.elsevier.com/journals/nurse-education-today/0260-6917?generatepdf=true>