

Avis de non-responsabilité

Les infirmières et les organismes qui les emploient ne sont pas tenus d'appliquer les présentes lignes directrices. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier*, (2^e éd.). Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Site Web : www.RNAO.ca/bestpractices



AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Juillet 2013

Lignes directrices de pratiques exemplaires

Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier

Deuxième édition



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Un mot de Doris Grinspun

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec un grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) publie la deuxième édition de ses Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le développement et le maintien du leadership infirmier. Il s'agit de l'un de neuf documents faisant partie d'une série de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) pour les milieux de travail sains, élaborées par la communauté infirmière. L'objectif de ces lignes directrices est de fournir les meilleurs renseignements possible pour favoriser l'établissement de milieux de travail sains et porteurs de progrès.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, lorsqu'elles sont appliquées, appuient la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. L'AIIAO est enchantée d'être en mesure de vous offrir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment les nombreux établissements et les innombrables personnes qui permettent à l'AIIAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de l'AIIAO pour mener à bien ce projet et y contribue par un financement important; Irmajean Bajnok, directrice des programmes des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de l'AIIAO, pour son savoir-faire et son travail ayant permis de faire progresser les LDPE; et enfin, Nancy Purdy et Pam Pogue pour leur gestion exemplaire, leur dévouement et, surtout, leur expertise rigoureuse. Je remercie également Althea Stewart-Pyne qui, à titre de gestionnaire de programme, a mis à contribution son sens du leadership et travaillé d'arrache-pied à la concrétisation de cette LDPE. Je remercie tout spécialement les membres du groupe de préparation des lignes directrices; nous respectons et estimons votre expertise et votre bénévolat. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières, par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers et les milieux de travail sains, a transmis ses connaissances et donné de son temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque ligne directrice. Des partenariats tels que ceux-ci sont destinés à produire de splendides résultats et à créer une culture de pratique fondée sur des données probantes. Ensemble, nous bâtissons des communautés d'apprentissage, qui ont toutes hâte de réseauter et de partager leurs compétences. La synergie qui en résulte sera ressentie dans le mouvement des LDPE ainsi que dans les milieux de travail.

La mise en place de milieux de travail sains est une responsabilité à la fois individuelle et collective. L'application réussie de ces lignes directrices exige un effort conjugué de la part des administrateurs des soins infirmiers, du personnel et des infirmières en pratique avancée, en politique, en éducation et en recherche, et des collègues en soins de la santé d'autres disciplines dans chaque organisation. Nous vous demandons de transmettre ce document aux membres de votre équipe. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres.

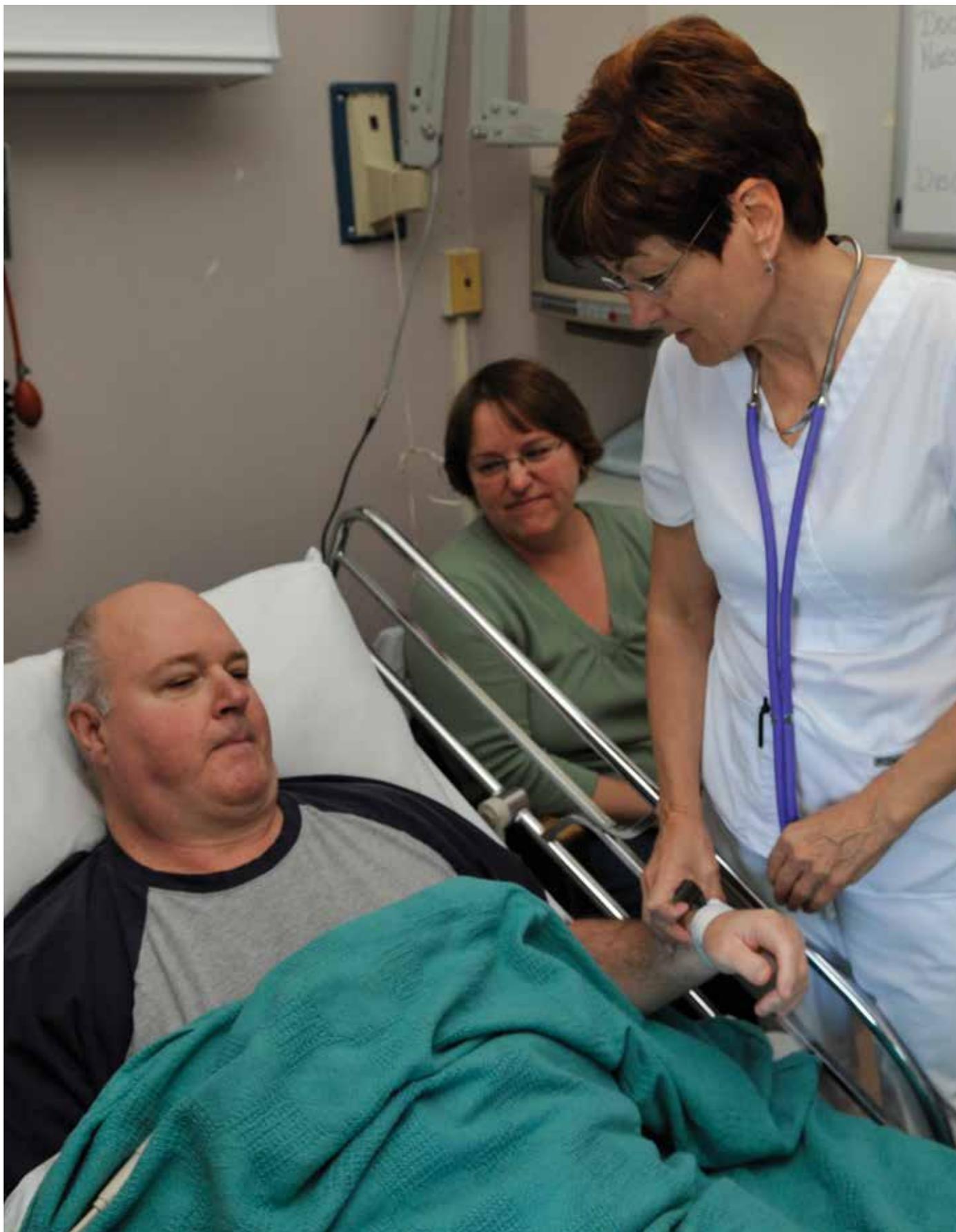
Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les infirmières et les autres travailleurs de la santé contribuent à la mise en place de milieux de travail sains, ce qui est essentiel pour assurer des soins de qualité aux patients. Tentons de faire des dispensateurs de soins de santé et des gens qu'ils servent les véritables gagnants de cet effort d'envergure!

Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL. D. (hon.), Ordre de l'Ontario

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario





* Les termes suivis de la lettre « G » dans le présent document sont définis dans le glossaire.

Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

En juillet 2003, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, grâce au financement accordé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), en partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada, a commencé à élaborer des lignes directrices sur les pratiques exemplaires d'après des données probantes afin d'établir des milieux de travail sains^G pour les infirmières^G. Comme pour les soins cliniques, l'établissement de milieux de travail sains devrait être fondé sur les meilleures données probantes disponibles.

Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains^G se veut une réponse aux besoins prioritaires déterminés par le Comité mixte provincial des soins infirmiers (CMPSI) et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002). L'idée de rédiger et de diffuser à grande échelle un guide sur les milieux de travail sains a d'abord été proposée dans *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario* (AIIAO, 2000), soumis au MSSLD en 2000, et approuvée par le CMPSI.

Plusieurs facteurs exercent une pression de plus en plus vive sur les systèmes de soins de santé : la nécessité de maîtriser les coûts et d'accroître la productivité, l'augmentation de la demande découlant de la croissance de la population et de son vieillissement, l'évolution de la technologie et un certain consumérisme qui encourage les goûts de plus en plus raffinés. Au Canada, la réforme des soins de santé est axée sur les principaux objectifs précisés dans l'Accord des premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de 2000 (Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes [SCIC], 2000), et l'Accord sur le renouvellement des soins de santé de 2003 (Santé Canada, 2003) et 2004 (premiers ministres, 2004) :

- la prestation en temps opportun de services de santé en fonction des besoins;
- des soins de santé de qualité supérieure, efficaces, axés sur le patient/client et fiables;
- un système de santé viable et abordable.

Les infirmières sont une composante essentielle de l'atteinte de ces objectifs. Un nombre suffisant d'infirmières est primordial au maintien d'un accès abordable à des soins de santé sûrs et opportuns. L'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières est crucial à leur recrutement et à leur maintien en poste.

De nombreux rapports et articles ont documenté les difficultés que représentent le recrutement et le maintien d'un effectif sain d'infirmières (Association of Colleges of Applied Arts and Technology [ACAAT], Council of Ontario University Programs in Nursing [COUPN], 2002; Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2002; Bauman et coll., 2001; Nursing Task Force, 1999; AIIAO, 2000). Certains auteurs indiquent que le fondement de la pénurie actuelle de personnel infirmier est le résultat de milieux de travail malsains (Dunleavy, Shamian et Thomson, 2003; Grinspun, 2000, 2010; Schindul-Rothschild, 1994). Des stratégies visant à améliorer les milieux de travail des infirmières sont nécessaires pour réparer les dommages causés par une décennie de restructuration incessante et de réduction des effectifs.

Les chercheurs comprennent de mieux en mieux la relation entre le milieu de travail des infirmières, les résultats pour les

Membres du groupe	
<p>Nancy Purdy, inf. aut., Ph. D. Co-présidente du groupe Professeure agrégée Université Ryerson Toronto (Ontario)</p>	<p>Karen Eisler, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., Ph. D. Directrice exécutive Saskatchewan Registered Nurses' Association Regina, Saskatchewan</p>
<p>Pam Pogue, inf. aut., M. Sc. Inf. Co-présidente du groupe Directrice exécutive intérimaire Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario Toronto (Ontario)</p>	<p>Wendy Gifford, inf. aut., Ph. D. Professeure adjointe, Université d'Ottawa Chercheure associée, Saint Elizabeth Ottawa (Ontario)</p>
<p>Cecile Marville-Williams, inf. aut., B. Sc. Inf., M. A., CHE Directrice de programme, Soins intensifs, cardiologie, pneumologie et oncologie Hôpital régional d'Humber River Mississauga (Ontario)</p>	<p>Nancy Lefebvre, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., Bourse de projet (FCCHL) Directrice générale clinique V. P. principale, Savoir et pratique Saint Elizabeth Markham (Ontario)</p>
<p>Michelle Acorn Infirmière praticienne, Soins de santé primaires/adultes, CSU(C), CSIG(C), M. Sc. Inf. Présidente sortante de l'Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario Toronto (Ontario) Infirmière praticienne en chef, chef de la pratique professionnelle Lakeridge Health, Whitby (Ontario)</p>	<p>Allison Patrick, inf. aut., Ph. D. Gestionnaire, Assurance de la qualité Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Toronto (Ontario)</p>
<p>Diane Bewick, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., Diplôme en administration publique, Agrément des soins de santé (Canada) Directrice des services de santé familiale leader principal en soins infirmiers Unité de santé de Middlesex-London London (Ontario)</p>	<p>Judith Skelton-Green, inf. aut., Ph. D. Conceptrice et animatrice Dorothy Wylie Nursing and Health Leaders Institute Toronto (Ontario)</p>

Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIAO :

<p>Erica D'Souza, B. Sc., cert. géronto., dipl. promo. santé Coordonnatrice de projet, Milieu de travail sains Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)</p>	<p>Althea Stewart-Pyne, inf. aut., B. Sc. Inf, M. Sc. S. Directrice de programme, Milieu de travail sains Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)</p>
<p>Patricia Hogg, B. A. (hon.) Coordonnatrice de projet, Milieu de travail sains Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)</p>	<p>Alice Yang, B. A. A. Coordonnatrice de projet Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)</p>

Reconnaissance des parties intéressées

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la deuxième édition des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le *développement et le maintien du leadership* infirmier ainsi que pour avoir formulé des commentaires précieux :

Una Ferguson, inf. aut., CSIG(C), ICPSM(C)

Infirmière soignante
 Royal Ottawa Mental Health Center (Le Royal - Santé mentale)
 Ottawa (Ontario)

Pat Donnelly, inf. aut., B. Sc., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf.

Assurance de la qualité en pratique infirmière
 Municipalité régionale de Halton
 Service de santé publique
 Oakville (Ontario)

Vanessa Kee, inf. aut., J. D.

Spécialiste de la pratique professionnelle
 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
 Toronto (Ontario)

Michelle Freeman, Ph. D., inf. aut.

Professeure adjointe
 Université de Windsor
 Windsor (Ontario)

patients et les clients⁹ et le rendement organisationnel et du système (Dugan et coll., 1996; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker et Giovannetti, 2005; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cos et Guither, 2002). De nombreuses études ont montré des liens solides entre la dotation en infirmières et les mauvais résultats des patients/clients (American Nurses Association [ANA], 2000; Blegen et Vaughn, 1998; Kovner et Gergen, 1998; Person et coll., 2004; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002; Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith, 2003; Needleman et Buerhaus, 2003; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi et Jawad, 2003; Sovie et Jawad, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002; Yang, 2003). Il a été démontré que les milieux de travail sains apportent des avantages financiers aux organisations en réduisant l'absentéisme, la perte de productivité, les coûts organisationnels des soins de santé (Aldana, 2001), et les coûts découlant de résultats nuisibles pour le patient, le client ou le résident (United States Agency for Health Care Research and Quality [USAHRQ], 2003).

L'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières exige un changement transformationnel, avec des « interventions qui ciblent des facteurs organisationnels et du milieu » [traduction] (Lowe, 2004a). Nous avons préparé ces lignes directrices pour permettre ce changement transformationnel. Nous croyons que leur mise en œuvre changera les choses pour les infirmières, leurs patients ou clients, ainsi que les organisations et les collectivités dans lesquelles elles pratiquent. Nous pensons que le fait de mettre l'accent sur la mise en place de milieux de travail sains sera bénéfique non seulement aux infirmières, mais aussi aux autres membres de l'équipe soignante. Nous croyons aussi que les lignes directrices pour la pratique exemplaire ne peuvent être mises en place avec succès qu'en présence d'une planification, de ressources et d'appuis organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'avec la facilitation appropriée.

Un milieu de travail sain, c'est...	Le projet s'est traduit par l'élaboration de neuf lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains
<p>...un milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient ou client, le rendement de l'organisation et du système, et les retombées sociales, y compris des collectivités en meilleure santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers. ■ Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail. ■ Développement et maintien du leadership infirmier. ■ Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle. ■ Professionnalisme de l'infirmière. ■ Santé, sécurité et bien-être de l'infirmière dans un milieu de travail sain. ■ La prévention et la gestion de la violence à l'égard des infirmières dans le milieu de travail. ■ La prévention et l'atténuation de la fatigue dans les équipes de soins de santé. ■ La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé.

Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

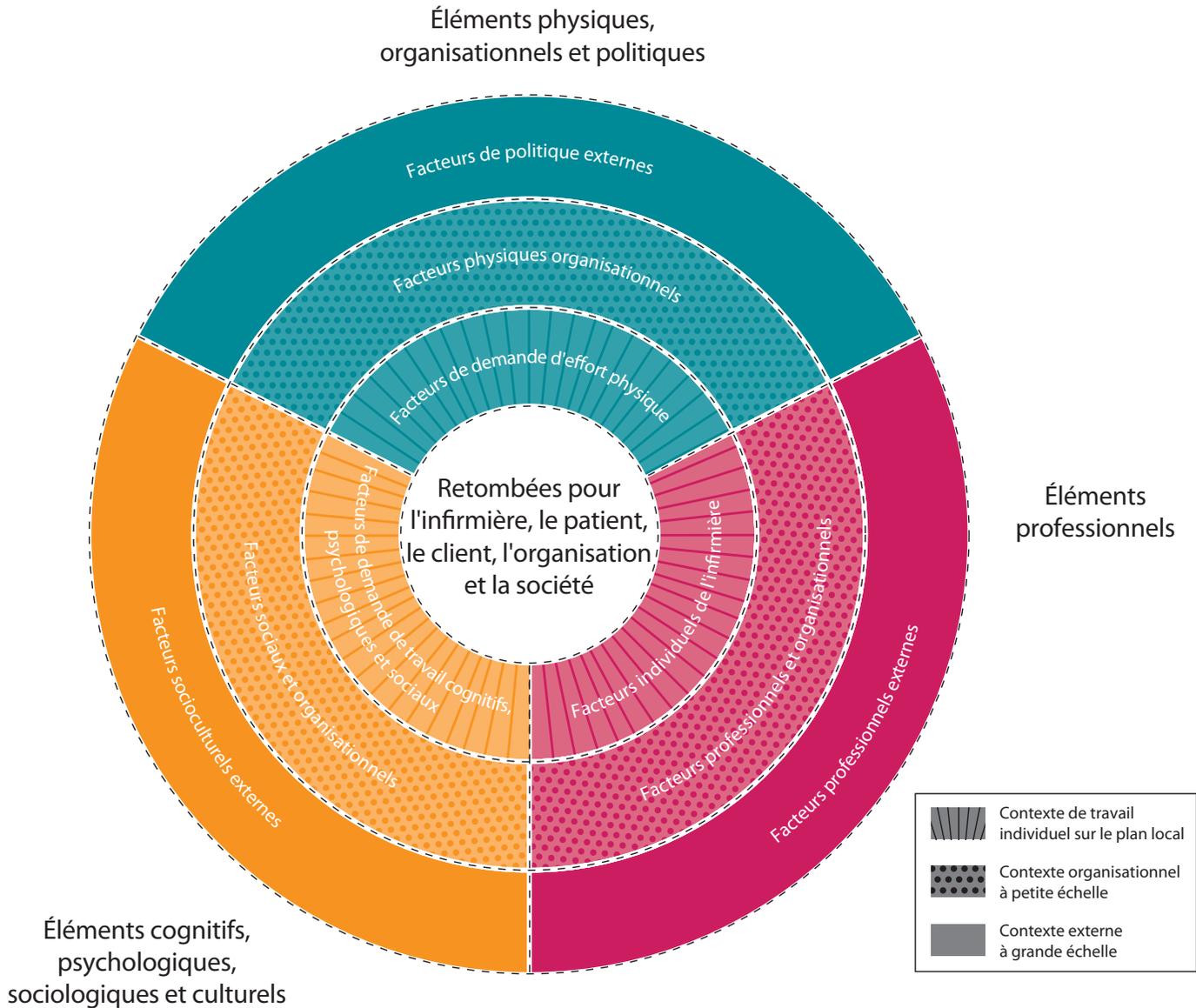


Figure 1. Modèle conceptuel des milieux de travail sains des infirmières – Éléments, facteurs et résultatsⁱ⁻ⁱⁱⁱ

Un milieu de travail sain pour les infirmières est complexe et multidimensionnel, et se compose de nombreux éléments, ainsi que de rapports entre les éléments. Un modèle complet est nécessaire afin de guider la préparation, la mise en place et l'évaluation d'une approche systématique dans le but d'améliorer le milieu de travail des infirmières. Les milieux de travail sains pour les infirmières se définissent comme des lieux de travail qui maximisent la santé et le bien-être de l'infirmière, des résultats de qualité chez le patient/client, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Le modèle conceptuel des lieux de travail sains des infirmières présente le milieu de travail sain comme un produit de l'interdépendance entre les déterminants du système individuel (local), organisationnel (petite échelle) et externe (grande échelle), tel qu'illustré ci-dessus dans les trois cercles extérieurs. Au centre des cercles se trouvent les bénéficiaires des milieux de travail sains : les infirmières, les patients, les organisations et les systèmes, et la société dans son ensemble, y compris des collectivités saines. Les lignes à l'intérieur du modèle sont pointillées afin d'indiquer les interactions synergiques entre tous les niveaux et les éléments du modèle.

Le modèle suppose que le rôle de la personne est modifié et influencé par les interactions entre la personne et son environnement. Par conséquent, les interventions visant à promouvoir les lieux de travail sains doivent cibler divers niveaux et éléments du système. De même, les interventions n'influencent pas que les facteurs à l'intérieur du système et les interactions parmi ces facteurs : ils influencent aussi le système en soi.^{v,vi}

Voici les hypothèses sous-jacentes au modèle :

- des milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients de qualité et sécuritaires;
- le modèle s'applique à tous les lieux de travail et à tous les domaines de soins infirmiers;
- les facteurs sur le plan des systèmes individuel, organisationnel et externe sont les déterminants des lieux de travail sains pour les infirmières;
- les facteurs des trois niveaux influent sur la santé et le bien-être des infirmières, les résultats de qualité pour les patients, le rendement de l'organisation et du système, les retombées sociales, soit individuellement ou au moyen d'interactions synergiques;
- à chaque niveau, il y a des éléments de politique physiques et structurels, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.

i Adaptation de DeJoy, D. M. et Southern, D. J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12): décembre, 1221-1230; modifié par Laschinger, MacDonald et Shamian (2001) puis par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok et Shamian (2003).

ii Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran D., et coll. (juin 2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients, and the system*. Ottawa (Canada) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Challenge Foundation.

iii O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2):12-16.

iv Hancock, T. (2000). The Healthy Communities vs. "Health". *Canadian Health Care Management*, 100(2), 21-23.

v Green, L. W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4): mars-avril, 270-281.

vi Grinspun, D., (2000). *Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management*. Dans Diana L. Gustafson (dir. de publ.), *Care and Consequence: Health Care Reform and Its Impact on Canadian Women*. Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada. Fernwood Publishing.

vii Grinspun, D. (2010). *The Social Construction of Nursing Caring*. (Thèse de doctorat, Université York).

Éléments physiques, organisationnels et politiques

- Sur le plan individuel, les facteurs de demande d'effort physique sont les exigences du travail qui nécessitent des capacités physiques et un effort de la part de la personne^{vii}. Parmi ces facteurs, on trouve la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses et infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs physiques organisationnels comprennent les caractéristiques de l'environnement physique de l'organisation, ainsi que les processus et les modes de fonctionnement organisationnels créés pour répondre aux exigences physiques de l'emploi. Parmi ces facteurs, on trouve les pratiques de dotation, les horaires flexibles et l'établissement d'horaires par les infirmières, l'accès à un matériel de levage en bon état, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et la sécurité personnelle.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs de politique comprennent les modèles de prestation de soins de santé, le financement et les cadres législatif, commercial, économique et politique (p. ex., politiques migratoires, réforme du système de santé) externes à l'organisation.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

- Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitifs et psychosociaux comprennent les exigences du travail qui nécessitent des capacités cognitives, psychologiques et sociales (p. ex., connaissances cliniques, habiletés d'adaptation efficaces, aptitudes à communiquer) de la part de la personne^{vii}. Parmi ces facteurs, on trouve la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs sociaux organisationnels sont liés au climat organisationnel, à la culture et aux valeurs. Parmi ces facteurs, on trouve la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- Sur le plan du système, les facteurs socioculturels externes comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des dispensateurs, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution – tous ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes.

Éléments physiques, organisationnels et politiques

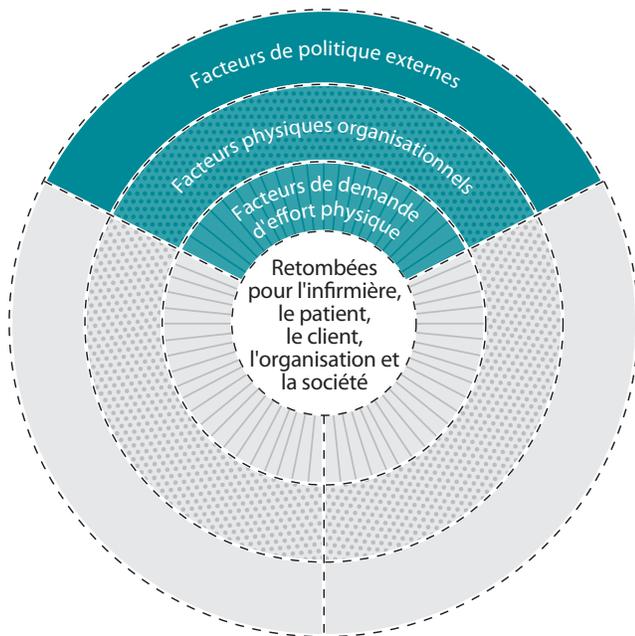


Figure 1A

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

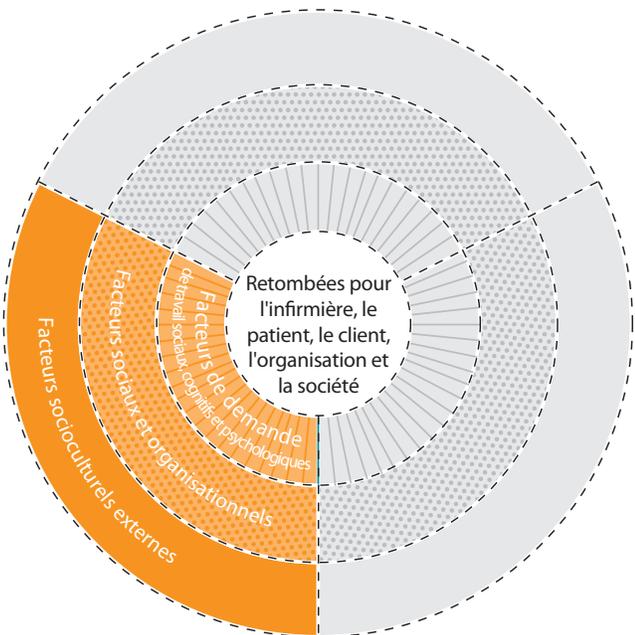


Figure 1B

Éléments professionnels

■ Sur le plan individuel, les facteurs individuels de l'infirmière comprennent les qualités personnelles et les compétences acquises de même que le savoir qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail^{vii}. Parmi ces facteurs, on trouve l'engagement envers les soins aux patients, l'organisation et la profession, les valeurs personnelles et l'éthique, la pratique réflexive, la résilience, l'adaptabilité et la confiance en soi, et l'équilibre entre le travail et la vie de famille.

■ Sur le plan organisationnel, les facteurs professionnels et organisationnels sont caractéristiques de la nature et du rôle du poste. Parmi ces facteurs, on trouve le champ d'activité de la pratique, le degré d'autonomie et la maîtrise de la pratique, ainsi que les relations intradisciplinaires.

■ Sur le plan externe et celui du système, les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.

Contexte d'origine des lignes directrices sur le développement et maintien du leadership infirmier

Le leadership infirmier^G est un élément essentiel dans la prestation de soins au patient. Il façonne la profession, facilite les politiques sur le mentorat ainsi que la pratique fondée sur les données probantes, et aide à piloter le changement à travers une époque remplie de défis. Depuis la publication initiale de ce guide en 2006, d'autres données sont venues renforcer l'appui à ses recommandations et ses liens associés à des résultats positifs pour le patient grâce au leadership (Griffiths, Renz, Hughes et Rafferty, 2009).

Un leadership efficace est important dans tous les secteurs des soins infirmiers, que le leader en soins infirmiers soit un éducateur s'efforçant de former de futurs meneurs, un scientifique qui assure le mentorat de nouveaux chercheurs, un administrateur qui soutient et oriente le personnel, une infirmière soignante à un point de service qui offre des soins exemplaires et partage des connaissances professionnelles, ou quelqu'un qui dirige et soutient la pratique en élaborant des politiques. Les infirmières qui font preuve de leadership à un point de service forment un élément essentiel de l'avenir des soins offerts aux patients, et des organismes engagés dans la prestation de soins de haute qualité aux patients affirment que la contribution la plus significative des meneurs aujourd'hui est de développer des qualités de leadership chez d'autres pour les soutenir afin qu'ils prospèrent et se perfectionnent (Hendren, 2010, Kouzes et Posner, 2006). En ce qui concerne les nouveaux diplômés, le leadership permet d'apprendre comment déléguer des tâches et superviser le personnel. Pour les infirmières les plus expérimentées, le leadership comprend le préceptorat, le mentorat ainsi que des tâches administratives comme établir des échéanciers et diriger certains projets, ainsi que des activités professionnelles comme le travail en comité (Squires, 2004).

Les pratiques de leadership transformationnel dans la deuxième édition de *Développement et maintien du leadership infirmier* sont confirmées par des données probantes empiriques importantes, y compris des études sur le leadership propre aux infirmières soignantes. Dans une étude provinciale récente, les pratiques de leadership transformationnel étaient liées aux attributs de leadership d'infirmières au point de service. (Patrick, Laschinger, Wong et Finegan, 2011). Les pratiques de leadership des infirmières au point de service comportaient l'utilisation de leur savoir et de leurs compétences cliniques pour remettre en question le statu quo, les processus et les traitements. Lorsque des infirmières communiquent efficacement les évaluations des patients, formulent clairement les résultats de ces évaluations qui les concernent, ou présentent le point de vue du patient à d'autres membres de l'équipe de soins de santé, elles inspirent une approche collaborative des soins offerts au patient. Lorsque les infirmières expliquent la situation au patient et à sa famille, elles encouragent une meilleure compréhension de la maladie et s'assurent que le patient est capable de prendre des décisions éclairées au sujet de ses soins (Patrick et coll., 2011).

Le modèle conceptuel élaboré dans les lignes directrices initiales sur le leadership est encore pertinent, même si nous avons apporté quelques changements pour refléter les données actuelles associées à des milieux de travail sains (voir la page 8 pour

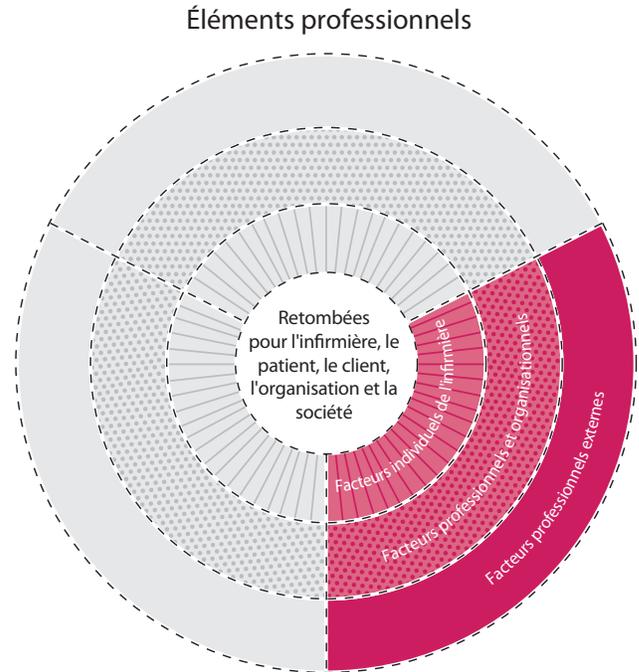


Figure 1C

en savoir plus sur le modèle conceptuel). Des données probantes récentes indiquent que l'effort pour bâtir les relations et la confiance doit dépasser les limites intrapersonnelles et interdisciplinaires afin d'inclure tous les partenaires dans le système de soins de santé, comme dans les relations interorganisationnelles. L'autre type de pratique revu est l'établissement d'un équilibre entre des valeurs et des priorités concurrentes, qui a été élargi pour refléter le besoin pour les meneurs de gérer la complexité du système de soins de santé, et de contribuer à sa transformation.

Le contexte qui permet l'expression des compétences en leadership comprend le soutien organisationnel et les ressources personnelles. La culture et le climat organisationnels ont été ajoutés à titre d'influence pertinente sur le comportement propre au leadership. D'après la littérature actuelle, les ressources personnelles qui influencent les pratiques de leadership ont été élargies pour correspondre à une insistance sur les activités d'encadrement et de mentorat. Les soutiens sociaux ont été décrits plus particulièrement afin d'inclure l'appui personnel et professionnel.

Objectif et champ d'application

Ces lignes directrices sont conçues pour aider les infirmières et d'autres professionnels à exercer des rôles de leadership infirmier à titre officiel ou officieux, du point de service à la salle de conférence, dans divers milieux et disciplines de pratique. Elles présentent le comportement propre au leadership que les infirmières peuvent adopter individuellement et collectivement au profit de patients, de membres de l'équipe de soins de santé, d'organismes, de systèmes ainsi que de politiques, de recherche et de formation sur les soins de santé. Les pratiques de leadership qui aident à créer un milieu de travail sain peuvent permettre ultimement d'améliorer l'expérience et les résultats des patients. Même les membres du personnel infirmier au point de service, qui ne se considèrent peut-être pas comme des meneurs, peuvent adopter ces pratiques dans le cadre d'un rôle de **leadership à titre officieux** afin d'améliorer de façon significative leur milieu de travail et, en bout de ligne, les résultats des patients.

Objectif :

Ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires ont été élaborées pour les infirmières dans divers rôles, domaines et milieux de pratique. Elles indiquent et décrivent :

- les pratiques en leadership qui génèrent des résultats sains pour les patients ou clients, les organismes et les systèmes;
- les ressources du système qui appuient des pratiques efficaces de leadership;
- la culture organisationnelle, les valeurs et les ressources qui appuient les pratiques efficaces de leadership;
- les ressources personnelles qui appuient les pratiques efficaces de leadership;
- les résultats attendus du leadership infirmier efficace.

Champ d'application :

Ces lignes directrices abordent les points suivants :

- les connaissances, les compétences et les comportements des meneurs efficaces, dans des rôles de leadership infirmier à titre officiel ou officieux;
- les exigences et les stratégies de formation, qui peuvent être utilisées par les meneurs en soins infirmiers à titre officiel ou officieux;
- les changements de politique sur le plan organisationnel et du système, qui sont nécessaires pour appuyer et maintenir des pratiques de leadership, y compris celles au point de service;
- les stratégies et les outils de mise en œuvre;
- les critères et outils d'évaluation;
- les possibilités de recherche pour l'avenir.

Public cible :

Les lignes directrices sont pertinentes pour les infirmières dans :

- dans tous les rôles, y compris le personnel au point de service, en administration, en éducation, en recherche et dans les postes d'élaboration de politique, ainsi que les étudiantes en soins infirmiers;
- tous les domaines de soins infirmiers (pratique clinique, administration, éducation, recherche et politique);
- tous les milieux de pratique.

Ces lignes directrices seront aussi utiles pour :

- les membres d'équipes interprofessionnelles;
- les administrateurs qui ne font pas partie du personnel infirmier à l'échelle de l'unité, de l'organisation et du système;
- les décideurs et les gouvernements;
- les organisations professionnelles, les employeurs et les syndicats;
- les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés de l'établissement des normes professionnelles.

Si vos actions inspirent à d'autres davantage de rêve, d'apprentissage, d'accomplissement et de surpassement, vous êtes un meneur. [traduction]

John Quincy Adams

~

Comment utiliser ce document

Les normes professionnelles exigent que, dans tous les rôles, les infirmières aient des comportements de leadership^G. Dans les rôles de pratique clinique, ainsi que d'autres rôles de leadership à titre officiel ou officieux, les infirmières adoptent ces comportements pour interagir avec les patients ou clients, leurs collègues en soins infirmiers, d'autres membres de l'équipe de soins de santé, les étudiants ainsi que dans les relations mentor-mentoré. Ces lignes directrices offrent une approche complète du leadership. Elles ne sont pas conçues pour être lues et appliquées immédiatement, mais plutôt pour être examinées et, après réflexion et avec le temps, utilisées de façon appropriée pour l'infirmière, la situation ou l'organisme. Nous suggérons l'approche suivante :

1. Consultez l'annexe A, Stratégies de mise en œuvre; la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (deuxième édition)*.

2. Étudiez le modèle de leadership : Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de leadership sont conçues d'après un modèle conceptuel de leadership, qui a été créé pour permettre aux utilisateurs de comprendre les relations entre les facteurs clés relatifs au leadership infirmier. Il est absolument essentiel de comprendre le modèle décrit à la figure 2 (p. 16), pour utiliser les lignes directrices efficacement. Nous recommandons que vous consacriez d'abord du temps à sa lecture et que vous y réfléchissiez.

3. Déterminez un domaine cible : Une fois que vous aurez étudié le cadre, nous suggérons que vous déterminiez un domaine cible pour vous-même, votre situation ou votre établissement, soit un domaine qui, à votre avis, requiert de l'attention pour renforcer l'efficacité du leadership.

4. Lisez les recommandations et les résumés des recherches dans votre domaine cible : Un nombre de recommandations basées sur les données probantes sont offertes pour chaque élément important du cadre. Les recommandations sont des énoncés d'actions ou de comportements de meneurs dans des situations de leadership. La documentation qui appuie ces recommandations est résumée et nous croyons que vous trouverez utile de la lire afin de comprendre le « pourquoi » des recommandations.

5. Concentrez-vous sur les recommandations ou les comportements qui semblent les plus applicables pour vous et votre situation actuelle : Les recommandations contenues dans ce document ne doivent pas être appliquées comme des règles; elles doivent plutôt servir d'outil afin d'aider les personnes et les organisations à prendre des décisions visant à améliorer leur leadership infirmier en reconnaissant la culture, le climat et les difficultés situationnelles uniques de chaque organisation. Dans certains cas, il faut tenir compte de très nombreux renseignements. Vous voudrez explorer davantage et déterminer ces comportements qui doivent être analysés ou renforcés selon votre situation.

5. Établissez un plan à l'état de projet : après avoir choisi un petit nombre de recommandations et de comportements sur lesquels vous attarder, consultez le tableau des stratégies et examinez les suggestions offertes. Établissez un plan à l'état de projet qui traite de ce que vous souhaitez vraiment faire pour aborder votre domaine cible. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, consultez les références citées ou examinez certains des outils d'évaluation indiqués dans l'annexe B.

6. Discutez du plan avec les autres : Prenez le temps de demander l'avis des personnes qui sont susceptibles d'être touchées par votre plan ou dont l'engagement sera essentiel au succès, ainsi que des conseillers qui vous donneront de la rétroaction honnête et utile sur la pertinence de vos idées. C'est une phase aussi importante pour le développement des compétences individuelles en leadership que pour le développement d'une initiative de leadership organisationnelle.

7. Révisez votre plan et commencez : Il est important de démarrer votre projet et d'effectuer des ajustement en cours de route. L'élaboration de pratiques de leadership infirmier^G efficaces est la quête de toute une vie; **profitez du voyage!**

Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier

Le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier organise et oriente le débat sur les recommandations. Il offre un exemple permettant de comprendre les pratiques de leadership nécessaires pour réaliser des milieux de travail sains, et les soutiens organisationnels ainsi que les ressources personnelles qui rendent possibles les pratiques de leadership efficaces.

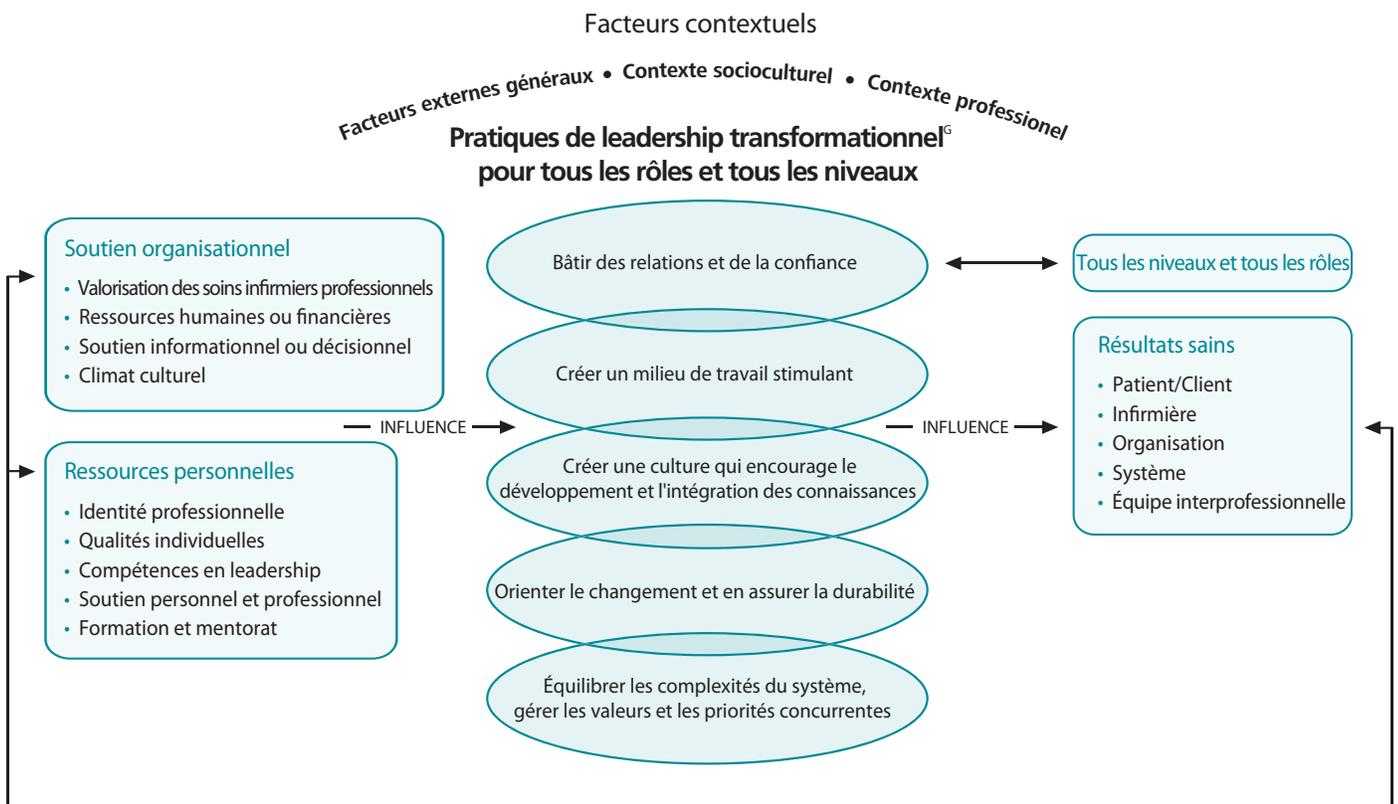


Figure 2. Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier

Aperçu du modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier

Le cœur du modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier (figure 2) consiste en cinq *pratiques de leadership transformationnel* fondées sur des données probantes, qui sont essentielles à la transformation des milieux de travail des infirmières en milieux de travail sains. Ces pratiques peuvent s'appliquer à toutes les infirmières dans tous les rôles et niveaux de leadership en soins infirmiers, y compris les infirmières qui offrent des soins directs. Deux facteurs prédisposants, soit les soutiens organisationnels et les ressources personnelles, influencent la capacité de chaque personne à faire preuve de leadership efficacement. Il a été démontré que les cinq pratiques ont permis aux patients ou clients, aux infirmières et aux organisations d'obtenir des résultats positifs (Bono, Foldes, Vinson et Muros, 2007; Cummings, 2006; Cummings et coll., 2010; Herold, Fedor, Caldwell et Liu, 2008; Institute of Medicine of the National Academies [IOM], 2004; Stordeur, Vandenberghe et D'hoore, 2000; Tomey, 2009; Weberg, 2010; Wong et Cummings, 2007). Accompagnés d'une rétroaction, ces résultats renforcent une culture de travail positive. On observe ce qui précède dans un contexte où les politiques ainsi que les facteurs socio-culturels et professionnels influencent comment les facteurs prédisposants, les pratiques de leadership et les résultats surviennent dans les milieux de travail des infirmières.

Les cinq pratiques des meneurs transformationnels sont les suivantes :

1. *Bâtir des relations et de la confiance* est une pratique de leadership essentielle, sur laquelle reposent les autres pratiques. Les relations comprennent celles formées entre les infirmières individuelles, dans les équipes ainsi que dans les partenariats internes et externes.
2. *Créer un milieu de travail favorisant l'habilitation* dépend des relations de confiance respectueuses entre des personnes dans un milieu de travail. Un milieu de travail favorisant l'habilitation donne accès à des renseignements, du soutien, des ressources ainsi que des occasions d'apprendre et de progresser, dans un environnement qui soutient l'autonomie professionnelle et des réseaux forts de soutien collégial.
3. *Pour créer une culture qui encourage le développement et l'intégration des connaissances*, il faut encourager le développement et la diffusion des nouvelles connaissances, et inculquer une approche de la pratique caractérisée par une recherche permanente, où le savoir est utilisé pour améliorer continuellement les processus et les résultats cliniques et organisationnels.
4. *Mettre en œuvre le changement et en assurer la durabilité* comporte la mise en œuvre active et participative du changement qui permet d'obtenir des processus et des résultats cliniques et organisationnels améliorés.
5. *Équilibrer les complexités du système, gérer les valeurs et les priorités concurrentes* suppose que l'on doit plaider pour obtenir des ressources en soins infirmiers nécessaires afin d'offrir aux patients des soins de haute qualité, tout en reconnaissant les demandes nombreuses et les problèmes complexes qui définissent les décisions organisationnelles. L'utilisation appropriée des données probantes est la clé du succès.

Les soutiens organisationnels sont un facteur dans le succès ou l'échec des pratiques de leadership, et la génération d'un leadership infirmier fort et visible. Ils comprennent :

- la valorisation du rôle essentiel des infirmières dans la prestation de soins aux patients ou clients;
- la fourniture de ressources humaines et financières suffisantes et appropriées;
- la disponibilité d'appui décisionnel et de renseignements nécessaires;
- la création d'une culture et d'un climat qui favorisent des soins infirmiers efficaces et efficients.

Motter (1996) et Schein (2004) définissent la culture organisationnelle comme les croyances, les valeurs et les hypothèses profondément ancrées que partagent les membres d'une organisation, et qui façonnent la forte identité et les normes de comportement d'un groupe. Pour changer une organisation, les employés doivent se réunir en équipe ou en microsystème pour tirer profit de la spécialisation nécessaire pour respecter des priorités organisationnelles. Chaque organisation a une

culture distincte, qui est une combinaison des influences de ses fondateurs, de son histoire, de ses succès, de ses crises et de son leadership actuel. Les organisations ont aussi des habitudes et des rituels, c'est-à-dire « leur façon de faire » [traduction] (Kotter, 1996, p. 14), qui façonnent le comportement individuel. À mesure que les organisations se transforment pour faire face au changement, elles ont besoin d'équipes pour modifier leur mentalité. « La culture [organisationnelle] est pour les organisations ce que la mentalité est chez les personnes individuelles » [traduction] (Anderson et Ackerman Anderson, 2001, p. 98).

La culture organisationnelle représente le contexte dans lequel le comportement et le leadership infirmier sont possibles, exécutés et évalués (ou non). La culture est importante parce qu'il est peu probable qu'une formation en leadership sans contexte culturel génère les changements nécessaires à notre système de soins de santé.

Les ressources personnelles sont les attributs et les ressources que des personnes individuelles apportent à leur rôle de leadership, et qui contribue à leur réussite. Ces ressources comprennent ce qui suit :

- identité professionnelle;
- santé et résilience;
- compétences en leadership, formation et expérience;
- encadrement et mentorat pour soutenir le développement continu du leadership;
- appui personnel et professionnel.

Notre modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier est fondé sur la littérature traitant de la façon dont le comportement propre au leadership peut mener à des milieux de travail et des résultats sains pour le patient ou client, l'infirmière, l'équipe, l'organisation et le système. Cependant, un autre cadre de leadership a été lancé depuis la publication de la première édition de ces lignes directrices. Le *cadre national des capacités de leadership en santé LEADS*, élaboré par le Collège canadien des leaders en santé, (Dickson, 2008), est fondé sur la littérature traitant des capacités nécessaires pour gérer des problèmes complexes et créer le changement afin de transformer le système de soins de santé (voir les pages 58 et 123 pour en savoir plus). Il a été adopté par plusieurs organismes de soins de santé canadiens. Après avoir comparé le cadre de LEADS à notre modèle (voir l'**annexe C**), nous avons constaté que la plupart des dimensions de leadership et des capacités associées étaient présentes dans les deux systèmes.

Le leadership infirmier efficace :

- Est essentiel à l'obtention d'un milieu de travail sain pour les infirmières;
- Agit pour favoriser une organisation et une communauté saines, et y contribue;
- Est influencé par la culture organisationnelle, les valeurs et les ressources de soutien;
- Est façonné par les ressources personnelles et le caractère unique de chaque personne;
- Est influencé par les politiques et les contextes socioculturels et professionnels.

Le leadership au point de service

Nous croyons que les compétences en leadership des infirmières au point de service est une ressource non exploitée, essentielle pour la pratique infirmière efficace, et qu'elle mérite une enquête approfondie. Depuis 30 ans, les chercheurs se sont surtout intéressés au comportement, aux qualités et aux résultats du personnel infirmier dans des postes de gestion officiels. Cependant, Doran et coll. (2012) affirment qu'il est essentiel de considérer le leadership comme un comportement acquis, avec des compétences précises, et non comme un rôle officiel ou un trait de personnalité. Même si, au cours des ans, de très nombreuses publications ont recommandé une répartition des tâches de leadership infirmier partout dans les organisations, très peu de chercheurs ont étudié le comportement propre au leadership et les résultats associés des infirmières dans des rôles aux points de service (AIIC, 2012; IOM, 2004,2010; Porter-O'Grady, 2002, 2011).

Grâce à une subvention du gouvernement de l'Ontario, les chercheurs de l'unité de recherche en sciences de la santé associées aux

soins infirmiers de l'Université de Toronto ont préparé un rapport indiquant les meilleurs programmes et pratiques pour développer le leadership parmi les professionnels de la santé au point de service. L'équipe de recherche a examiné la littérature internationale sur le développement du leadership chez les professionnels de la santé afin de découvrir des programmes et des pratiques ainsi que des compétences en leadership du personnel au point de service. En outre, l'équipe s'est penchée sur les milieux de travail sains ainsi que la qualité des soins offerts aux patients. Elle a aussi communiqué avec des sources clés. Le rapport décrit les infirmières au point de service comme une « excellente source de compétences pour améliorer les soins » et un vaste potentiel non exploité de leadership » [traduction] (Doran et coll., 2012).

Selon les données probantes recueillies, les auteurs ont conclu que l'importance du développement du leadership infirmier à tous les niveaux augmentera à mesure que les systèmes de soins de santé et les organisations deviennent plus complexes et les ressources, plus limitées. Cependant, les chercheurs affirment que, même si les infirmières aux points de service ont la possibilité de développer leurs compétences en leadership, ces occasions ne sont pas offertes également à toutes (Doran et coll., 2012). En outre, il n'existe pas de données probantes ou d'analyse systématique disponibles permettant de connaître les programmes de développement en leadership pour les infirmières au point de service, qui sont les plus efficaces, et les compétences essentielles de ces programmes n'ont pas été précisées (Cummings et coll., 2008). Jusqu'à présent, les types de compétences en leadership soulignés dans les programmes de leadership pour les professionnels aux points de service comprennent la communication efficace, la mise en œuvre de projet, la gestion du changement, la collaboration interprofessionnelle, la recherche et l'analyse, ainsi que l'amélioration des processus de soins (Doran et coll., 2012). Les programmes de développement du leadership doivent aussi être axés sur le mentorat visant à bâtir la confiance chez d'autres personnes et à les habiliter.

Les initiatives de leadership au point de service peuvent avoir un impact positif sur les pratiques cliniques et les milieux de travail en augmentant la satisfaction professionnelle et le maintien en poste des infirmières. Cependant, les impacts soutenus sur une plus longue période n'ont pas été évalués (Abraham, 2011; Krugman et Smith, 2003; Morgan et Konrad, 2008). Dans une étude de 2011 avec le modèle de leadership transformationnel de Kouzes et Posners, les propriétés psychométriques d'un outil récemment mis au point pour mesurer le leadership clinique des infirmières soignantes ont été mises à l'essai. L'étude à laquelle ont participé 480 infirmières œuvrant dans un contexte de soins actifs en Ontario a permis d'obtenir des données probantes préliminaires pour la validité conceptuelle d'une nouvelle mesure de leadership clinique du personnel infirmier soignant (Patrick, Laschinger, Wong et Finegan, 2011). Les auteurs ont conclu que les infirmières soignantes ont besoin de milieux de travail qui favorisent l'habilitation pour faire preuve d'un comportement de leadership clinique tout en offrant des soins directs aux patients. Carter et coll. (2010) ont déclaré qu'il faut envisager des structures qui permettraient aux infirmières de pratique avancée de toujours recourir au leadership clinique en offrant des soins directs.

Le leadership au point de service est généralement utilisé pour améliorer les soins offerts aux patients. Plusieurs programmes de ce type, qui ont été créés, mis en œuvre, et évalués relativement à l'impact sur la satisfaction professionnelle, le moral des employés et le maintien en poste, sont cités par Doran et coll. (2012). Les auteurs ont découvert que la satisfaction professionnelle et le maintien en poste présentaient une amélioration initialement, mais que les résultats avec le temps n'étaient pas aussi prometteurs, indiquant un besoin de s'intéresser aux programmes de leadership durables. La publication *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses* (IOM, 2004) a décrit le rôle des infirmières comme un facteur essentiel pour assurer la continuité des soins axés sur le patient, ainsi qu'une communication efficace entre les membres de l'équipe de soins de santé. Manojlovich et Talsma (2007) ont suggéré que la sécurité du patient dépendait du comportement de leadership des infirmières soignantes, permettant une communication et collaboration efficace entre les autres membres de l'équipe de soins de santé, afin d'assurer l'accès aux ressources nécessaires pour offrir des soins en temps opportun. Selon Patrick et coll. (2011), le leadership est un processus intégré dans le comportement de pratique professionnelle des infirmières soignantes.

Cook (2001) affirme que les meneurs les plus importants dans l'amélioration des soins directs sont ceux qui les fournissent, et il suggère que les infirmières soignantes contribuent à améliorer les soins en influençant d'autres personnes avec leur comportement de leadership transformationnel. Il est nécessaire de poursuivre la recherche pour mesurer l'impact du leadership au point de service, l'amélioration de la qualité facilitée par les infirmières, et d'autres initiatives visant à améliorer la prestation de soins aux patients. Il est difficile de mesurer les résultats des patients uniquement attribuables aux initiatives de leadership clinique. Doran et ses collègues (2012) ont déclaré que la conception des programmes de leadership pour les infirmières au point de service doivent comporter des stratégies d'évaluation conçues spécialement pour mesurer les résultats des patients. En outre, ils suggèrent la collecte de données d'évaluation avant et après la mise en œuvre ainsi qu'avec le temps. Doran et son équipe recommandent aussi une analyse des coûts/avantages des programmes de leadership, ainsi que la communication des résultats d'évaluation aux intervenants avec le temps. Consultez « *Leading practices and programs for developing leadership among health professionals at the point-of-care* » (Doran et coll., 2012) qui présente un examen détaillé des données probantes sur le leadership au point de service. Nous utilisons certaines des pratiques recommandées dans le rapport Doran comme exemples dans les présentes lignes directrices.

Sommaire des recommandations

Recommandations relatives au leadership

- 1.0 Les leaders en soins infirmiers utilisent le leadership transformationnel pour créer et maintenir des milieux de travail sains.
- 1.1 Les leaders en soins infirmiers bâtissent des relations et de la confiance.
- 1.2 Les leaders en soins infirmiers créent un milieu de travail favorisant l'habilitation, ou y contribuent.
- 1.3 Les leaders en soins infirmiers créent un milieu qui soutient l'intégration du savoir, ou y contribuent.
- 1.4 Les leaders en soins infirmiers assurent la direction, l'appui et le maintien du changement.
- 1.5 Les leaders en soins infirmiers équilibrent les complexités du système, en déterminant et en gérant les valeurs et les priorités concurrentes.

Recommandations personnelles

- 2.0 Les leaders en soins infirmiers développent continuellement leurs ressources personnelles de leadership efficace.
- 2.1 Les leaders en soins infirmiers font preuve d'une forte identité professionnelle en soins infirmiers.
- 2.2 Les infirmières responsables réfléchissent à la croissance et au développement de leurs propres compétences en leadership, et en assume la responsabilité.
- 2.3 Les infirmières responsables agissent comme guides et mentors afin de développer des compétences en leadership chez d'autres personnes, et perfectionnent leurs propres capacités professionnelles.
- 2.4 Les infirmières responsables cultivent des soutiens sociaux professionnels et personnels.
- 2.5 Les infirmières responsables font preuve d'une forte identité professionnelle en soins infirmiers.
- 2.6 Les infirmières responsables réfléchissent à la croissance et au développement de leurs propres compétences en leadership, et en assume la responsabilité.

Recommandations relatives à la formation

3.0 Les programmes éducatifs offrent aux infirmières des occasions officielles et au point de service pour développer leurs compétences en leadership.

3.1 Les programmes de leadership infirmier incorporent des théories et des modèles fondés sur des données probantes.

3.2 Les programmes de leadership infirmier offerts dans le cadre d'études de 1^{er} cycle, d'études supérieures ou de formation continue comprennent des occasions officielles et au point de service de développement des compétences en leadership.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

4.0 Les organisations de soins de santé offrent du soutien au leadership infirmier efficace.

4.1 Les organisations de soins de santé respectent les professionnels que sont les membres du personnel infirmier et leur contribution à la prestation de soins.

4.2 Les organisations de soins de santé respectent les membres du personnel infirmier à titre individuel.

4.3 Les organisations de soins de santé planifient et offrent des occasions de croissance, d'avancement et de développement du leadership, non seulement au personnel infirmier dans des postes de leadership officiel, mais aussi aux infirmières au point de service.

4.4 Les organisations de soins de santé appuient l'habilitation, permettant au personnel infirmier d'être responsable de leur pratique professionnelle.

4.5 Les organisations de soins de santé offrent un accès en temps opportun à l'information, aux systèmes de soutien décisionnel et aux ressources nécessaires pour la prestation de soins.

4.6 Les organisations de soins de santé encouragent et soutiennent les équipes, les collaborations et les partenariats.

4.7 Les organisations de soins de santé appuient les leaders afin d'aider et de faciliter le changement.

4.8 Les organisations de soins de santé accordent aux gestionnaires une marge de manœuvre qui permet un leadership infirmier efficace.

4.9 Les organisations de soins de santé investissent dans l'éducation et la planification de la relève afin de former les futurs responsables.

Recommandations organisationnelles

5.0 Les gouvernements élaborent des politiques et offrent des ressources qui soutiennent le leadership efficace.

5.1 Dans tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, un leader en soins infirmiers principal agit à titre de conseiller en matière de politique.

5.2 Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux fournissent des liens permettant aux leaders en soins infirmiers de communiquer entre eux.

5.3 Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux établissent une commission consultative en soins infirmiers.

5.4 Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux créent, financent et maintiennent des programmes de développement du leadership infirmier.

5.5 Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux créent, financent et maintiennent des programmes de recherche sur le leadership infirmier.

6.0 Les chercheurs créent des partenariats avec les gouvernements et les établissements d'enseignement ainsi que de soins de santé pour se pencher sur le leadership infirmier.

6.1 Les chercheurs étudient l'impact du leadership infirmier sur les infirmières, les patients ou clients, les organisations et les systèmes.

6.2 Les chercheurs élaborent, mettent en œuvre et évaluent une intervention de leadership fondée sur le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier.

6.3 Les chercheurs effectuent des travaux sur la planification des ressources humaines en santé pour les rôles de leadership infirmier.

6.4 Les chercheurs effectuent des travaux sur la formation et le développement en leadership infirmier.

7.0 Les organismes d'agrément en formation et soins de santé incorporent dans leurs normes les recommandations sur le soutien organisationnel des présentes lignes directrices pour les leaders à titre officiel ou officieux.

Sources et types de données probantes sur le développement et maintien du leadership infirmier

Sources des données probantes

Notre recherche de données probantes dans la littérature du leadership a permis d'obtenir des méta-synthèses, des examens systématiques^G de la littérature, des études corrélationnelles^G descriptives, des études qualitatives^G et des opinions d'experts, mais peu d'études fondées sur un essai comparatif d'intervention. Ce résultat confirme les défis associés à la réalisation d'études comparatives au sein d'organisations (Cummings, 2006; Cummings et coll., 2008; Patrick et White, 2005). Même si ces lignes directrices ont été rédigées à l'intention des infirmières dans tous les milieux et dans tous les rôles, la majorité des études relevées ont été effectuées dans des hôpitaux urbains, et peu d'entre elles abordaient le leadership au point de service. Les études dans d'autres milieux tels que la collectivité et les soins de longue durée ont été incluses dans les présentes lignes directrices lorsqu'elles étaient disponibles et appropriées. Il est cependant nécessaire de poursuivre les recherches dans ces milieux.

Élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires originales : Le Joanna Briggs Institute (JBI) d'Australie a effectué un examen systématique de la littérature de leadership allant jusqu'en décembre 2003. Le JBI a suivi un processus en sept étapes, en commençant avec des termes d'interrogation générale et en élaborant un protocole. D'autres termes d'interrogation ont été validés par la présidence du groupe d'examen. Le processus de recherche, jugé approprié pour l'examen, a été fondé sur les titres, et les résumés ont été récupérés et évalués en fonction de leur pertinence. Ceux qui répondaient aux critères d'inclusion ont été regroupés par type (p. ex., qualitatif, expérimental) et évalués par deux examinateurs indépendants en fonction de leur qualité méthodologique, à l'aide d'un outil d'évaluation critique sélectionné selon le type d'étude. Les instruments utilisés font partie du système pour une gestion, un examen et une évaluation de l'information unifiés (un logiciel conçu pour gérer, évaluer, analyser et synthétiser les données). (Pour en savoir plus et connaître les résultats généraux de l'examen, voir l'**annexe D**).

Un examen critique de la littérature de leadership, de janvier 2004 à juillet 2005, a été effectué par le groupe à l'aide des mêmes termes d'interrogation et bases de données que ceux utilisés lors de l'étude du JBI. Une personne titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières a évalué la pertinence des études selon le titre et le résumé que la recherche a permis d'obtenir, et ces sélections ont été validées par la présidence du groupe, récupérées et évaluées davantage à des fins de pertinence. La pertinence s'appuyait sur le fait que si les études traitaient du leadership infirmier ou d'autres populations semblables de travailleurs du savoir ou d'équipes indépendantes, ou examinaient des styles de leadership basés sur les relations. La qualité des études jugées pertinentes a été évaluée par la personne titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières en examinant les méthodes, les outils, l'échantillon, l'analyse, la clarté, et la correspondance des conclusions avec les résultats. Des sommaires de résumés, de résultats et de recommandations ont été validés par le groupe à des fins d'inclusion ou d'exclusion des études dans les lignes directrices. D'autres documents de la littérature indiqués par des membres du groupe ont été examinés par le groupe à des fins de pertinence et de qualité.

Processus de révision

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'est engagée à ce que ces lignes directrices sur la pratique soient fondées sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision régulier de chaque type de lignes directrices a été mis sur pied. Le groupe d'infirmières réuni pour examiner ces lignes directrices comprenait des membres du groupe de développement initial, ainsi que d'autres personnes présentant des compétences particulières en leadership et provenant de divers milieux universitaires et de pratique.

Analyse de la littérature

L'examen de la littérature a été guidé par les questions suivantes :

- Quels attributs du leadership mènent à un milieu de travail de qualité dans le domaine des soins de santé?
- Quel est l'impact ou l'influence du milieu de travail sur le leadership permettant d'obtenir des résultats positifs dans un milieu de soins de santé, c.-à-d. quels sont les structures et les processus qui soutiennent le développement et le maintien d'un leadership infirmier efficace, ou y contribue? (Les structures et les processus comprennent, mais sans s'y limiter, la culture organisationnelle et la valorisation des pratiques infirmières, l'appui aux ressources financières et humaines pour les leaders, l'étendue des responsabilités et la présence ou l'absence de leaders en soins infirmiers aux niveaux supérieurs, ainsi que les structures de communication et de production des rapports.)

La recherche dans les bases de données électroniques a été effectuée subséquemment par un spécialiste en information (bibliothéconomie), dans le cadre d'une consultation supplémentaire, au besoin, pour raffiner les termes d'interrogation.

Bases de données

Bases de données Medline, CINAHL, Embase, PsychInfo et Cochrane.

Termes d'interrogation

- Leadership authentique
- Autonomie et leadership
- Leadership clinique
- Continuité et permanence du leadership
- Intelligence émotionnelle
- Habilitation
- Environnement
- Subordination
- Leadership
- Développement du leadership
- Leadership et milieu de pratique
- Styles de leadership
- Qualités de leadership
- Changement organisationnel
- Culture organisationnelle
- Structure organisationnelle et leadership
- Résultats des patients ou clients et leadership
- Satisfaction des patients ou clients et leadership

- Pouvoir et leadership
- Étendue des responsabilités
- Leadership transformationnel
- Confiance, engagement et leadership
- Satisfaction professionnelle et leadership
- Soins de santé

Critères d'inclusion : études publiées utilisant des conceptions qualitatives et quantitatives, y compris les examens systématiques, les méta-analyses et les méta-synthèses, publiées entre janvier 2005 et décembre 2011.

Critères d'exclusion : thèses et dissertations, littérature grise, publications ne traitant pas de recherches, et matériel dans une langue autre que l'anglais.

Résultats de recherche

Un total de 1 310 résumés ont été relevés. Après le retrait des documents en double, les résumés ont été examinés à des fins d'inclusion ou d'exclusion par une personne agissant à titre d'adjoint à la recherche (titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières). Cet examen a généré 431 études à évaluer à des fins d'admissibilité, de pertinence et de qualité. S'appuyant sur les commentaires du groupe d'examen, 51 articles en texte intégral ont été sélectionnés et inclus dans la mise à jour des lignes directrices. Le matériel des fichiers personnels des membres du groupe (y compris des documents publiés jusqu'en juin 2012) a aussi été inclus en utilisant les mêmes critères de sélection.

En plus du processus systématique ayant servi à déterminer les données probantes pertinentes, une recherche secondaire a été effectuée au cours de l'été 2012 afin d'obtenir d'autres données sur le leadership au point de service en réponse à une demande des leaders principaux en Ontario. Des contraintes en termes de ressources n'ont pas permis de repérer ces documents au moyen d'un processus systématique complet. Un total de 30 résumés ont été relevés à l'aide des mots d'interrogation « leadership infirmier clinique ». Dix de ces résumés répondaient aux critères d'inclusion et ont été utilisés dans les lignes directrices.

Conclusions de l'examen

L'examen de la littérature publiée depuis juin 2006 n'appuyait pas la modification radicale des recommandations, même si certaines précisions du modèle conceptuel et certaines recommandations étaient nécessaires, et d'autres preuves probantes confirmant les recommandations ont été incluses.

Évaluation des données probantes

La pratique actuelle dans le domaine de l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige l'évaluation de la solidité relative des données probantes (Moynihan, 2004). Les systèmes courants de classement des données probantes considèrent les examens systématiques portant sur des essais cliniques aléatoires comme la méthode de référence (Pearson et coll., 2004). D'autres auteurs croient que les essais cliniques aléatoires sont une bonne conception expérimentale dans certaines circonstances, mais non toutes, et il se peut qu'ils ne soient pas meilleurs (Cartwright, 2007; Grossman et MacKenzie, 2005). Les méthodes des essais aléatoires ne sont pas appropriées pour tous les travaux de recherche, particulièrement lorsque les sujets ne peuvent être répartis de façon aléatoire ou qu'il existe déjà des variables ou que ces dernières sont difficiles à isoler. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la recherche comportementale et organisationnelle pour lesquelles les études sont difficiles à concevoir en raison des modes de fonctionnement et des processus organisationnels en constante évolution. En outre, les professionnels de la santé ne se préoccupent pas seulement des relations de cause à effet et reconnaissent qu'une

vaste gamme d'approches permettent de générer le savoir pour la pratique. Nous avons classé les données probantes dans ces lignes directrices à l'aide d'une adaptation des « niveaux traditionnels » de données probantes utilisés par Cochrane Collaboration (CCNET, 2006) et les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2005). Une partie de cette adaptation comprend l'utilisation de « type de données probantes » plutôt que de « niveau » pour se conformer à la nature et au sujet exhaustifs de ces lignes directrices.

Tableau du système de classement des données probantes 1

Type de données probantes	Type de données probantes
A	Études comparatives, méta-analyses.
A1	Revue systématique.
B	Études corrélationnelles descriptives.
C	Études qualitatives.
D	Opinion d'experts.
D1	Revue d'intégration.
D2	Revue critiques.

Toutes les recommandations dans les lignes directrices sont appuyées par un examen des données probantes et une liste de compétences pour la recommandation. Chaque compétence est accompagnée d'un exemple de comportement qui permet de démontrer la compétence. Toutes les compétences fondamentales et les exemples de comportement associés ont été tirés d'une gamme de données probantes d'un niveau allant de A à D, la majorité étant de niveau C et D.

Recommandations relatives à la pratique du leadership

1.0 Les leaders en soins infirmiers utilisent le leadership transformationnel pour créer et maintenir des milieux de travail sains.

Le leadership transformationnel et fondé sur les relations permet d'obtenir ce qui suit :

- Satisfaction professionnelle accrue pour les infirmières (Altieri, 1995; Boumans et Landeweerd, 1993; Chiok Foong Loke, 2001; Cummings, Hayduk et Estabrooks, 2005; Cummings et coll., 2010; Long, 2004; McCutcheon, 2004; McGilton, McGillis Hall, Pringle, O'Brien-Pallas et Krejci, 2004; McDaniel et Wolf, 1992; Medley et Larochelle, 1995; McNeese-Smith, 1997; Morrison, Jones et Fuller, 1997; Peck, 1988; Weberg, 2010).
- Satisfaction accrue à l'égard du leader (Boumans et Landeweerd, 1993; Cummings et coll., 2005; Cummings et coll., 2010; Long, 2004).
- Qualité de vie améliorée pour les infirmières (Robertson, 1991).
- Habilitation accrue pour les infirmières (Cummings et coll., 2010; Morrison et coll., 1997; Laschinger, Wong, McMahon et Kaufmann, 1999; Gullo et Gerstle, 2004).
- Réduction de l'absentéisme (Cummings et coll., 2010; Kouzes et Posner, 1995).
- Engagement organisationnel accru (Avolio, Zhu, Koh, et Bhatia, 2004; Chiok Foong Loke, 2001; Cummings et coll., 2010; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1997; Kouzes et Posner, 1995).
- Augmentation du maintien en poste des infirmières (Kouzes et Posner, 1995; McCutcheon, 2004; Taunton, Boyle, Woods, Hansen et Bott, 1997; Volk et Lucas, 1991; Wong et Cummings, 2007).
- Efficacité accrue perçue de l'unité (Altieri, 1995; Cummings et coll., 2010; Peck, 1988; Volk et Lucas, 1991).
- Capacité accrue de diriger des effectifs diversifiés (Volk et Lucas, 1991).
- Amélioration de la santé émotionnelle du personnel et réduction des cas d'épuisement (Broome, Knight, Edwards et Flynn, 2009; Corrigan, Lickey, Campion et Rashid, 2000; Cummings et coll., 2005; Cummings et coll., 2010).
- Amélioration de la qualité de vie du patient (Corrigan et coll., 2000).
- Satisfaction accrue du patient (Corrigan et coll., 2000).
- Amélioration des résultats des patients ou clients (tels que la réduction de l'utilisation d'un moyen de contention, moins de fractures, faible prévalence des complications, de l'immobilité, de la mortalité et des mauvais résultats des patients ou clients (Anderson, Issel et McDaniel, 2003; Wong et Cummings et coll., 2007).

Examen des données probantes

Burns (1978) a été la première personne à décrire un style de leadership fondé sur les relations, que l'on appelle aujourd'hui le *leadership transformationnel*. Pielstick (1998) a effectué une méta-ethnographie de la littérature sur le leadership transformationnel couvrant 20 ans de recherche après cette publication. Les sujets traités par le document publié sont répartis dans cinq catégories : *communication* (écouter, établir des attentes), *création de relations interactives* (montrer du respect, être amical et apporter du soutien, participer au processus décisionnel, gérer les conflits), *collectivité* (bâtir une culture d'appartenance par des relations fondées sur des valeurs de dignité, d'honnêteté, d'équité^G, d'intégrité), et *orientation* (fournir des occasions d'apprentissage, assurer l'exemplarité, offrir du mentorat et de l'encadrement, s'engager dans le raisonnement moral, planifier de façon stratégique et bâtir l'esprit d'équipe), toutes ces activités étant appuyées sur une base solide de *caractère* (axé sur les principes et caractérisé par l'équité, l'intégrité, le respect, la passion et l'engagement à l'égard de l'apprentissage),

afin de réaliser une vision commune. Levasseur (2004) a effectué une méta-analyse des principales études de recherche sur le leadership transformationnel, qui comprenait sept études expérimentales et 27 études corrélationnelles. L'analyse a confirmé une relation positive entre le leadership transformationnel et une hausse de la satisfaction professionnelle ainsi que du rendement chez les membres du personnel. Il est de plus en plus évident que le leadership transformationnel des leaders à titre officiel crée un contexte positif pour la pratique clinique, touchant les résultats tant du personnel que des patients (Cummings et coll., 2010).

Kemerer (2003) a observé que la façon dont les leaders agissent au-delà de leurs compétences, c'est-à-dire ce qu'ils disent et font dans le cadre d'interactions avec d'autres afin d'obtenir des résultats, est réellement ce qui compte. Les infirmières (tant le personnel que les leaders à titre officiel) préfèrent les styles de leadership axés sur les relations, et un comportement conforme au leadership transformationnel (Cummings, et coll., 2005; Fox, Fox et Wells, 1999; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a; Ward, 2002). Une étude portant sur les superviseurs en soins infirmiers, réalisée dans un milieu de soins de longue durée en Ontario, a révélé un niveau supérieur de satisfaction professionnelle et moins de stress lié à l'emploi parmi des employés non autorisés, supervisés par des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, lorsque les employés étaient soutenus par leurs superviseurs (McGillis Hall et coll., 2005). Dans un hôpital urbain, Marville-Williams (2007) a tenté de comprendre ce qui permet de créer un milieu idéal pour les équipes qui offrent des soins axés sur le patient. Les participants, y compris le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé, ont déclaré que le soutien de la direction le plus important était la reconnaissance verbale pour un travail bien fait.

Le leadership transformationnel est le type de leadership le plus souvent signalé dans les hôpitaux qui attirent et retiennent le personnel infirmier (Ward, 2002). Dans le cadre d'un examen de la littérature intégrative sur le leadership transformationnel, Gasper (1992) a découvert que ce type de leadership génère un haut niveau d'efficacité organisationnelle et exerce une influence sur d'autres afin qu'ils agissent de la même façon. L'examen a aussi révélé que ceux qui travaillent avec des responsables transformationnels font preuve d'un plus grand esprit d'affiliation, sont stimulés intellectuellement, perçoivent leur chef comme plus accessible, et croient que leurs interactions sont de plus grande qualité. Par contre, les responsables transactionnels s'intéressent davantage à l'achèvement des tâches qu'à la création de relations, et s'assurent du rendement par un système de récompense et de punition (Cummings et coll., 2010).

Les styles de leadership transformationnels ont été liés à des résultats positifs pour le personnel infirmier (Pearson et coll., 2004). Même s'il existe peu d'études qui examinent le rôle du leadership infirmier sur les résultats du patient ou client (Patrick et White, 2005), de plus en plus de données probantes associent la satisfaction professionnelle des infirmières et la pratique infirmière professionnelle avec des soins améliorés (Scott, Sochalski et Aiken, 1999).

Notre examen de la littérature nous a permis de relever cinq pratiques de leadership transformationnel qui génèrent des résultats sains pour les infirmières, les patients et les clients, les organisations et les systèmes :

- bâtir des relations et de la confiance;
- créer un milieu de travail favorisant l'habilitation;
- créer un milieu qui encourage le développement et l'intégration des connaissances;
- mettre en œuvre le changement et en assurer la durabilité;
- équilibrer les complexités du système, gérer les valeurs et les priorités concurrentes.

Nous avons lié chacune de ces pratiques de leadership à un comportement particulier indiqué dans notre examen de la littérature. Les pratiques de leadership et les données probantes associées aux compétences fondamentales sont examinées relativement aux rôles de leadership officiels et officieux.

Il est important pour tous les chefs de file de modéliser les valeurs par l'action, d'ouvrir la communication, d'être visible et d'utiliser la prise de décision participative. [traduction]

~ Baird et St-Amand (1995)

Recommandation relative à la pratique du leadership 1 : Bâtir des relations et de la confiance

1.1 Les leaders en soins infirmiers bâtissent des relations et de la confiance.

La confiance à l'égard des chefs de file, et des relations positives permettent d'obtenir ce qui suit :

- Satisfaction professionnelle accrue pour les infirmières (Broome et coll., 2009; Laschinger, 2004).
- Réduction de l'épuisement émotionnel (Cummings, 2004; Laschinger, 2004).
- Réduction des cas d'épuisement (Broome et coll., 2009).
- Perceptions accrues de qualité des soins et de capacité adéquate du personnel (Laschinger, 2004).
- Engagement organisationnel accru (Dirks et Ferrin, 2002; Hood et Smith, 1994; Laschinger, 2004; Leach, 2005).
- Amélioration du rendement professionnel (Cummings, 2004); motivation et volonté de travailler fort (Kouzes et Posner, 1995).
- Réduction de l'absentéisme (Leach, 2005).
- Réduction de l'intention de renouveler le personnel (Dirks et Ferrin, 2002; Laschinger, 2004; Hanna, 1999; Mayer, Davis et Shoorman, 1995).
- Augmentation du rendement financier (Mayer et coll., 1995).
- Capacité de diriger des effectifs diversifiés (Harvard Business Review, 2001).
- Perception accrue de la crédibilité du leader (Leach, 2005).

La confiance est la plus haute forme de motivation humaine. Elle fait ressortir le meilleur chez les gens.
[traduction]

~ Stephen Covey (1990)

Examen des données probantes

La croyance selon laquelle établir la confiance est un élément essentiel d'un leadership réussi prévaut depuis au moins quatre décennies (Dirks et Ferrin, 2002). La confiance ainsi que l'équité et le respect sont les valeurs clés qui mènent à des organisations saines (Lowe, 2004). La confiance présente une forte corrélation avec les styles de leadership transformationnels (Dirks et Ferrin, 2002). Le respect pour les autres et l'équité sont fréquemment associés à des qualités de responsables transformationnels (Fox et coll., 1999), et ont été liés à la confiance (Mishra et Spreitzer, 1998). Dans une étude de Marville-Willaims (2007), le personnel a indiqué que le besoin d'appui de la direction était une démonstration de respect. Broome et ses collègues signalent que le comportement du leader contribue à déterminer les réactions au travail, et que le leadership du directeur est un facteur clé dans le classement de l'épuisement professionnel (Broome et coll., 2009). Lorsque les membres du personnel infirmier croient qu'ils sont respectés, il en résulte une augmentation de la satisfaction professionnelle, de la confiance à l'égard de la direction, d'un épuisement émotionnel réduit et d'une augmentation du classement des infirmières en matière de qualité des soins et du bien-fondé de la dotation (Laschinger, 2004; Cummings et coll., 2010).

Selon au moins deux études, la relation entre un milieu de travail créatif et une meilleure satisfaction professionnelle est forte (Sellgren, Kajermo, Ekvall et Tomson, 2009; Sellgren, Ekvall et Tomson, 2008). Le comportement de la direction dans un milieu de travail caractérisé par des relations de confiance a été associé à la satisfaction professionnelle, de même que les styles de leadership qui font preuve d'empathie (Skinner et Spurgeon, 2005). Les relations de confiance sont probablement essentielles pour le témoignage et la réception d'empathie.

Shea (2001) a déclaré que les soins de santé sont dans un état permanent d'eau vive et de confiance, et que les relations sont nécessaires dans des situations très ambiguës, incertaines et complexes. Les changements organisationnels ont un effet sur les

relations dans le milieu de travail, qui sont essentielles au fonctionnement des activités professionnelles.

La confiance soutient de bonnes relations interpersonnelles (Laschinger, 2004; Nespoli, 1991). La confiance à l'égard des leaders a été associée à leur intégrité, à la perception de leur influence, à leurs compétences et à quel point ils font preuve de sollicitude pour les autres (Pielstick, 1998), y compris la volonté d'aider les autres à croître sur les plans personnel et professionnel (Nespoli, 1991).

Les infirmières s'identifient fortement à leur profession et la confiance à l'égard des leaders reflète souvent le degré d'engagement de ces derniers aux valeurs de soins infirmiers (Bunderson, 2001). Rousseau et Tijorwala (1999) ont découvert que les membres du personnel infirmier étaient moins susceptibles de soutenir le changement organisationnel lorsqu'ils croyaient que ce dernier était motivé par des raisons financières ou politiques plutôt que par un besoin d'améliorer les soins aux patients et aux clients. Les infirmières acceptaient mieux le changement lorsqu'elles avaient confiance dans leur chef.

Les données probantes indiquent qu'il n'y a pas que le comportement individuel des leaders qui est important, mais aussi la culture, le climat et les valeurs de l'organisation (Laschinger, 2004). Une étude réalisée en 1995 de neuf organisations canadiennes de référence^G a découvert que bâtir la confiance n'est pas un processus simple ou rapide, mais dépend surtout d'un comportement axé sur le client, motivé par la qualité et respectueux des collègues. Dans ces organisations, les leaders qui avaient modélisé leurs valeurs à l'aide de leurs actions, avaient communiqué ouvertement et avaient participé à la prise de décision, particulièrement dans les situations de conflit, étaient très importantes pour la création d'un climat de confiance. La visibilité des leaders et l'accès à ces derniers constituaient aussi des facteurs d'importance (Baird et St-Amand, 1995).

La visibilité chez les leaders continue à être considérée comme importante. La communication (y compris l'appréciation et la reconnaissance, qui sont possibles grâce au respect et à l'empathie) peut optimiser la visibilité du leadership infirmier (Anderson et Mano, 2011).

Comment la confiance peut être perdue	Comment retrouver la confiance perdue
<ul style="list-style-type: none"> ■ Agir et parler de façon non systématique. ■ Rechercher un gain personnel plutôt que collectif. ■ Retenir l'information. ■ Mentir ou dire des demi-vérités. ■ Avoir un esprit fermé. <p style="text-align: right;">~ Lewicki et Bunker (1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconnaître la rupture du lien de confiance. ■ Déterminer le sujet concerné et la cause. ■ Admettre que cela s'est produit. ■ Accepter la responsabilité. ■ Offrir de réparer le tort. <p style="text-align: right;">~ Bowman (2004)</p>

À mon avis, les leaders qui travaillent le plus efficacement ne disent jamais « Je ». Et ce n'est pas parce qu'ils ont appris à ne pas dire « Je ». Ils ne pensent pas à la « première personne du singulier ». Ils pensent en fonction de « nous », c'est-à-dire « l'équipe ». Ils savent que leur travail consiste à faire fonctionner l'équipe. Ils acceptent les responsabilités sans les contourner, mais c'est le « nous » qui est remercié... C'est ce qui crée la confiance, ce qui permet d'accomplir la tâche.
[traduction] ~ Drucker (1990)

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.1.1 Les leaders en soins infirmiers font preuve d'intégrité et d'équité, et les modélisent (Bowman, 2004; Bunderson, 2001; Covey, 1990; Drucker, 1990; Gasper, 1992; Hanna, 1999; Harvard Business Review, 2001; King, 2000; Leach, 2005; Levasseur, 2004; Lewicki et Bunker, 1996; Mayer et Gavin, 1999; Mayer et coll., 1995; Mishra et Spreitzer, 1998; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Rousseau et Tijorwala, 1999; Shea, 2001; Storr, 2004; Upenieks, 2002a, 2003a; Wieck, Prydun et Walsh, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réfléchir à ses propres valeurs et objectifs et les partager ouvertement (Gillespie et Mann, 2004; Hanna, 1999; King, 2000; Levasseur, 2004; Severinsson et Hallberg, 1996; Six, 2004; Walston et Kimberly, 1997). ■ Établir des normes de rendement claires et élevées (Baird, 1995; Leach, 2005; Levasseur, 2004; Nespoli, 1991; Parsons et Stonestreet, 2002). ■ Assumer la responsabilité de ses actes et admettre ses erreurs ouvertement (Six, 2004; White, 2000). ■ Respecter ses engagements (McGilton et coll., 2004; Nespoli, 1991; Skarlicki et Dirks, 2002; Upenieks, 2003a). ■ Faire preuve constamment d'un comportement éthique (Lowe, 2004; Mayer et coll., 1995; Rousseau et Tijorwala, 1999; King, 2000; Perra, 2000). ■ Recueillir des données et examiner tous les aspects d'un problème (Upenieks, 2003a). ■ Faire en sorte que les politiques et les pratiques soient explicites et transparentes, et les appliquer constamment (Skarlicki et Dirks, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réfléchir à ses propres valeurs et objectifs et les partager ouvertement (Gillespie et Mann, 2004; Hanna, 1999; King, 2000; Levasseur, 2004; Severinsson et Hallberg, 1996; Six, 2004; Walston et Kimberly, 1997).

RECOMMANDATIONS

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.1.2 Les leaders en soins infirmiers font preuve de sollicitude et de respect à l'égard des autres et se préoccupent d'autres personnes. (Bauman et coll., 2001; Burns, 1978; Dirks et Ferrin, 2002; Ferguson-Paré, 1998; Gasper, 1992; King, 2000; Lowe, 2004; Mayer et Gavin, 1999; Severinsson, 1996; Skarlicki et Dirks, 2002; Skinner et Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chercher et reconnaître plusieurs points de vue et opinions (Antrobus et Kitson, 1999; Gillespie et Mann, 2004; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Severinsson et Hallberg, 1996; Skarlicki et Dirks, 2002). ■ Écouter sans porter de jugement ou critiquer (Severinsson, 1996). ■ Chercher à comprendre ce qui est important pour les autres et répondre de façon appropriée (Nespoli, 1991; Lowe, 2004; Severinsson et Hallberg, 1996). ■ Transmettre les renseignements sur les questions, les perspectives et les problèmes du système ouvertement et honnêtement (McGilton et coll., 2004; Ray, Turkel et Marino, 2002; Ward, 2002; White, 2000). ■ Reconnaître la valeur d'autres personnes et célébrer leurs réussites (Englebart, 1993; King, 2000; Leach, 2005; Skarlicki et Dirks, 2002; Tucker Scott, 2004; Upenieks, 2003a; White, 2000). ■ Respecter et modéliser l'équilibre travail-vie (Fletcher, 2001; Upenieks, 2003a; Parsons et Stonestreet, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que les besoins des patients et des familles sont évalués et communiqués ainsi que coordonnés efficacement (Reid et Dennison, 2011). ■ Être des défenseurs des intérêts des patients, des familles et d'autres dispensateurs au point de service (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.1.3 Les leaders en soins infirmiers créent une impression de présence et d'accès (Bousfield, 1997; Ferguson-Paré, 1998; Fletcher, 2001; Severinsson et Hallberg, 1996; Tucker Scott, 2004; Upenieks, 2003a; Ward 2002)..</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Communiquer et avoir des contacts personnels fréquemment (Bunderson, 2001; Gillert et Chuzischvili, 2004; Skinner et Spurgeon, 2005). ■ Demeurer visible et accessible pour les autres (Baird et St-Amand, 1995; Ray et coll., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Severinsson et Hallberg 1996). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interagir régulièrement avec les patients pour surveiller et évaluer les besoins des patients, et établir une liste de priorités à cet égard (Reid et Dennison, 2011). ■ Fournir une formation sur le congé de l'hôpital, fondée sur des données probantes, afin d'améliorer les résultats cliniques et de réduire les réadmissions (Ott et coll., 2009).
<p>1.1.4 Les leaders en soins infirmiers communiquent efficacement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Communiquer clairement, ouvertement, honnêtement et fréquemment (Cadman et Brewer, 2001; Ferguson-Paré, 1998; Ingersoll, Fisher, Ross, Soja et Kidd, 2001; McGilton et coll., 2004). ■ Écouter de façon interactive et montrer de la compréhension pour les opinions des autres (Antrobus et Kitson, 1999; Gillert et Chuzischvili, 2004; Nespoli, 1991; Perra, 2000; Severinsson et Hallberg, 1996; Tucker Scott, 2004; Ward, 2002;). ■ Développer et utiliser des compétences en communication interculturelle (Grinspun, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Communiquer les résultats des patients d'après l'évaluation clinique (Reid et Dennison, 2011). ■ Communiquer avec le patient, sa famille et l'équipe interprofessionnelle pour déterminer les besoins et les changements autres que ceux propres au diagnostic médical du patient (Reid et Dennison, 2011). ■ Développer et utiliser des compétences en communication ciblant les équipes et l'intégration de soins latéraux nécessaires pour la prestation de soins sécuritaires aux patients (Reid et Dennison, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.1.5 Les leaders en soins infirmiers gèrent les conflits efficacement (Bunderson, 2001; Drucker, 1990; Dunham-Taylor, 1995; Fox et coll., 1999; Walston et Kimberly 1997).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprendre les effets constructifs et destructeurs d'un conflit. ■ Reconnaître et faire face au conflit; développer et utiliser diverses compétences de résolution de conflit (Lambert et Nugent, 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser des pratiques et des ressources organisationnelles fondées sur des données probantes pour résoudre le conflit (Reid et Dennison, 2011). ■ Défendre les intérêts des patients et d'autres dispensateurs au point de service en utilisant des compétences de résolution de conflit (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.1.6 Les leaders en soins infirmiers bâtissent des relations collaboratives et le travail en équipe, et en font la promotion (OIO, 2002; Disch, Walton et Barnsteiner, 2001; Englebar, 1993; King, 2000; Kouzes et Posner, 1995; Lambert et Nugent, 1999; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Storr, 2004; Ward, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rechercher et reconnaître une large gamme de commentaires (Bunderson, 2001; Cadman et Brewer, 2001; Englebart, 1993;). ■ Reconnaître la légitimité des intérêts des autres et examiner comment les intérêts sont alignés (Gelinas et Manthey, 1997; Skarlicki et Dirks, 2002; Six, 2004). ■ Explorer certaines incertitudes et peurs (Porter O'Grady, 1992). ■ Atteindre un consensus^G. ■ Donner et recevoir de l'aide et de l'assistance . ■ Évaluer l'efficacité du travail effectué en collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Être membre d'équipes interprofessionnelles à titre de leader en soins infirmiers (Reid et Dennison, 2011). ■ Défendre les intérêts des patients avec l'équipe interprofessionnelle (Reid et Dennison, 2011). ■ Travailler de façon collaborative à titre de membre d'équipes interprofessionnelles (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.1.7 Les leaders en soins infirmiers font preuve de passion et de respect à l'égard de la profession, de ses connaissances sur les valeurs et de ses réalisations (Clifford, 1998; Ferguson-Paré, 1998; Ferguson-Paré, Mitchell, Perkin et Stevenson, 2002; Gillespie et Mann, 2004; Nespoli, 1991; Ray et coll., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Thompson et Bunderson, 2003; Tucker Scott 2004; Upenieks, 2003a; Ward, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manifester un fort engagement à l'égard de la sollicitude, de la justice, de l'honnêteté, du respect et de l'intégrité (White, 2000). ■ Défendre les soins et les milieux de pratique de qualité en plaçant les patients ou clients en premier (Clifford, 1998; OIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Hanna, 1999; Storch, Rodney, Pauly, Brown et Starzomski, 2002; Upenieks, 2003a; Ward, 2002; Storch et coll., 2002; White, 2000) ■ Reconnaître et promouvoir la contribution des infirmières aux patients ou clients, aux organisations et aux collectivités (Antrobus et Kitson, 1999; Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Storch et coll., 2002; Upenieks, 2003; Ward, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assumer la responsabilité pour des patients en particulier d'après la portée de la pratique dans la profession des soins infirmiers (Reid et Dennison, 2011). ■ Comprendre l'influence de l'infirmière sur les patients et offrir des soins de façon professionnelle non hiérarchique (Reid et Dennison, 2011). ■ Participer activement aux activités professionnelles pour améliorer ses compétences et acquérir de nouvelles connaissances (Reid et Dennison, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.1.8 Les leaders en soins infirmiers font preuve de compétence dans leur rôle (Boyle, Bott, Hansen, Woods et Taunton, 1999; Gillespie et Mann, 2004; Mayer et coll., 1995).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conserver et appliquer le savoir actuel des sciences infirmières, le leadership et d'autres connaissances pertinentes (Bousfield, 1997; Severinsson, 1996). ■ Traiter les préoccupations et les problèmes (Adams, 1994; Olio, 2002; Fletcher, 2001; Levasseur, 2004; Nespoi, 1991; Upenieks, 2003a). ■ Participer activement lors d'occasions de prise de décision. ■ Assumer la responsabilité pour des actions et des résultats. ■ Communiquer les réussites pour créer la confiance (McGillis et coll., 2005; Skarlicki et Dirks, 2002). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appliquer des pratiques fondées sur des données probantes au point de service tout en évaluant, mettant en œuvre et classant les soins (Reid et Dennison, 2011).



Stratégies proposées pour bâtir des relations et de la confiance

Stratégies individuelles

- Avoir une politique de porte ouverte ; indiquer le moment où l'on sera disponible.
- S'exercer à la gestion en se promenant dans le service et en y passant du temps (Fletcher, 2001; McGilton et coll., 2004; Peters et Waterman, 1982; Ray et coll., 2002; Upenieks, 2002b).
- Se présenter aux réunions et ouvrir des forums pour connaître les problèmes et les préoccupations, et ce qui se passe dans la vie des gens, afin de faciliter les relations et d'offrir du soutien (Kofman, 1994).
- Offrir du soutien au personnel en déterminant et en clarifiant leurs attentes à l'égard de leurs responsables (Kramer, Schmalenberg et Maguire, 2004).
- Offrir une rétroaction continue officieuse pour des tâches bien faites.
- Apprendre des compétences de mentorat (Doran et coll., 2012).
- Offrir de devenir mentor et aussi mentoré (Doran et coll., 2012).
- Découvrir la pratique interprofessionnelle et comment faciliter le travail d'équipe (Doran et coll., 2012).
- Participer aux bourses d'étude en pratique clinique de l'AllAO (Doran et coll., 2012).
- Acquérir des compétences de gestion de projet et offrir ses services pour participer ou diriger un projet ou une initiative de changement.
- Soutenir les initiatives de changement et examiner activement les projets et les initiatives de changement avec ses collègues.
- Découvrir et mettre en œuvre les conseils interprofessionnels (Wesorick, Shyiparski, Troseth, Wyngarden, 1998).
- Offrir ses services à titre de membre du conseil ou responsable de son unité (Brody, Barnes, Ruble et Sakowski, 2012).
- Parler avec ses collègues sur ce qui est important pour eux, et aborder les sujets lors de réunions du conseil (Wesorick et coll., 1998).
- Communiquer à ses collègues des renseignements après les réunions du conseil, et faire part de leur point de vue lors de la prochaine réunion (Wesorick et coll., 1998).
- Reconnaître les contributions (Patrick, 2011).
- Bâtir un réseau de conseillers et de sources qui offrent un point de vue honnête et impartial lorsqu'on a besoin d'information et de conseils (Joni, 2004).

Stratégies pour l'équipe, le service ou l'organisation

- Créer une vision collective et un énoncé de valeurs pour l'équipe, le service ou l'organisation (Gillespie et Mann, 2004), et travailler avec l'équipe pour élaborer des normes de comportement afin de refléter cette vision.
- Concevoir des descriptions de rôles claires et accessibles, y compris les responsabilités du leadership.
- Concevoir des grilles de responsabilité, qui présentent de façon détaillée les tâches et les niveaux de responsabilité (p. ex., commentaire par rapport à la prise de décision) (Recker, Bess et Wellens, 1996).
- Effectuer régulièrement des évaluations de rendement.
- Concevoir des guides d'entrevue pour l'embauche au niveau de postes de leadership, intégrant des questions sur le respect à l'égard des personnes et la valeur des soins infirmiers.
- Officialiser la reconnaissance pour les infirmières qui font preuve d'excellence dans la pratique, par des prix, des certificats, des articles de bulletins et des événements pendant la Semaine des soins infirmiers, afin de souligner leurs réalisations.
- Établir une infrastructure de conseil. Cette idée est tirée des travaux de Bonnie Wesorick, une spécialiste de la création des milieux de travail sains pour les infirmières. Mme Wesorick et son équipe décrivent les infrastructures d'un conseil comme un endroit sûr pour apprendre, développer et pratiquer des compétences de leadership, y compris l'interrogation appréciative, la gestion de conflit et la gestion des polarités. Les infrastructures d'un conseil sont un lieu où les responsables au point de service participent à une prise de décision avec les directeurs. Les conseils peuvent fonctionner dans plusieurs secteurs, y compris les milieux de travail sains, la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité, les stratégies de recrutement et de maintien en poste, l'amélioration de la satisfaction du patient ou du client, l'utilisation des ressources, l'amélioration des compétences, et même l'établissement de liens avec d'autres organisations de soins de santé. Les infrastructures d'un conseil sont aussi importantes pour intégrer les pratiques fondées sur les données probantes dans l'ensemble des disciplines (Wesorick et coll., 1998; Wesorick et Shiparski, 1997).

Apprendre à gérer un conflit

- Encourager un libre échange d'idées, de sentiments et d'attitudes pour cultiver une ambiance de confiance.
- Clarifier les problèmes entourant les valeurs, les objectifs et les buts.
- Apprendre et pratiquer les compétences de dialogue.
- Apprendre et pratiquer les compétences de gestion des polarités, une méthode pour traiter les problèmes qui n'ont pas de solutions potentielles, c'est-à-dire des dilemmes qui ne peuvent qu'être gérés.
- Se concentrer sur ce qui est possible et non sur l'erreur (Wheatley, 2002).
- Chercher d'autres moyens de résoudre le problème.
- Examiner l'utilisation de l'interrogation appréciative⁶.
- Demander de l'aide à des sources extérieures au besoin.
- Établir un processus pour évaluer des solutions possibles.
- Consulter « La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé » (2012) de l'AllAO, disponible à rnao.ca/bpg.

Recommandation relative à la pratique de leadership 2 : Habilitier le personnel

1.2 Les leaders en soins infirmiers créent un milieu de travail favorisant l'habilitation, ou y contribuent.

Dans le milieu de travail, l'habilitation permet ce qui suit :

- Satisfaction professionnelle accrue pour les infirmières (Cummings et coll., 2010; Hatcher et Laschinger, 1996; Huffman, 1995; Laschinger, Finegan, Shamian et Casier, 2000; Laschinger, Almost et Tuer-Hodes, 2003; Laschinger et Havens, 1996; Roche et Duffield, 2010; Upenieks, 2003b; Whyte, 1995).
- Amélioration de la santé mentale au travail (Baguley, 1999; Hatcher et Laschinger, 1996; Hatcher, 1993; Howard, 1997; Laschinger et Havens, 1997; Laschinger et coll., 1999; McBurney, 1997; O'Brien, 1997).
- Perception accrue d'autonomie et de contrôle sur la pratique infirmière (Cummings, 2004; Huffman, 1995; Laschinger et Havens, 1996; Laschinger et Havens, 1997; Laschinger, Sabiston et Kutzscher, 1997).
- Motivation accrue du personnel (Kanter, 1979; Peachy, 2002).
- Respect et appréciation accrus pour le leader (Nespoli, 1991).
- Amélioration de l'engagement organisationnel (Beaulieu, Shamian, Donner et Pringle, 1997; Dubuc, 1995; Howard, 1997; McDermott, Laschinger et Shamian, 1996; McKey, 2002; Peachy, 2002; Tucker et Edmondson, 2003; Wilson et Laschinger, 1994).
- Amélioration de l'efficacité et du rendement au travail (Laschinger et Havens, 1996; Laschinger et Havens, 1997; Laschinger, Finegan, et Shamian, 2001a; Laschinger et coll., 1999; Peachy, 2002; Tucker et Edmondson, 2003).
- Amélioration du maintien en poste du personnel (Gokenbach, 2004; Govers, 1997; Laschinger, Finegan et Shamian, 2001b; Laschinger, Finegan, Shamian et Wilk, 2000; McKey, 2002; Upenieks, 2003b).
- Amélioration des résultats du patient (Boyle, 2004).

Discussion sur les données probantes

Le besoin de créer et de maintenir des milieux de travail favorisant l'habilitation pour les infirmières est un thème commun dans la littérature du leadership infirmier (Govers, 1997; Laschinger et coll., 2000; Laschinger et coll., 2001b; Upenieks, 2003b). L'habilitation, qui s'acquiert avec le temps (Erickson, Hamilton, Jones et Ditomassi, 2003), a été associée à la confiance (Laschinger et coll., 2000), et l'on croit qu'elle survient lorsqu'une organisation éveille chez son personnel l'intérêt mutuel et l'intention de promouvoir la croissance. Les caractéristiques organisationnelles et la culture sont plus utiles pour comprendre l'habilitation que les facteurs de personnalité, les attitudes individuelles et l'efficacité au travail (Hatcher et Laschinger, 1996). L'habilitation et la satisfaction sont toutes deux directement associées aux circonstances dans les milieux de travail des employés (Hatcher et Laschinger, 1996; Upenieks, 2003b).

L'habilitation du personnel nécessite une combinaison de conditions organisationnelles et de styles de leadership. Les structures sociales dans le milieu de travail influencent les attitudes et le comportement des employés (Kanter, 1993) comme les facteurs structurels, tels que l'accès à l'information, l'appui reçu, l'accès aux ressources nécessaires au travail, et les occasions d'apprendre et de croître (Kanter, 1993).

Manojlovich (2005) a découvert une relation directe forte entre la façon dont les infirmières perçoivent la capacité de leur gestionnaire à mobiliser les ressources nécessaires et leur impression d'habilitation. Cette étude a aussi révélé que les infirmières croyaient davantage en leurs capacités lorsqu'elles étaient en présence d'un leadership infirmier fort, ce qui n'était pas le cas lorsqu'elles percevaient un leadership faible.

Skelton Green (1996) a découvert des membres de comités d'hôpitaux parmi le personnel infirmier qui ont signalé une satisfaction professionnelle accrue et une tendance à partir réduite, tandis que Erickson et coll. (2003) ont trouvé des infirmières membres de comité de gouvernance qui ont signalé davantage d'habilitation. Beaulieu et coll. (1997) ont étudié l'habilitation et l'engagement du personnel infirmier et des gestionnaires infirmiers dans deux établissements de soins de longue durée en Ontario. Ils ont découvert des gestionnaires qui avaient signalé des ressources, du soutien et un accès à l'information suffisants, ceux-ci étant beaucoup plus habilités et engagés envers leur organisation que les infirmières soignantes. Dans le cadre d'une étude sur des gestionnaires en soins infirmiers en Finlande, Suominen et ses collègues (2005) ont trouvé une relation très significative entre l'habilitation et de faibles niveaux de stress.

Les responsables transformationnels favorisent l'habilitation chez les infirmières par le dialogue ouvert, en transmettant leur vision et leurs valeurs, et en motivant d'autres à les partager et à les mettre en œuvre (Conger et Kanungo, 1988; Dunham et Fisher, 1990; McKay, 1995). L'habilitation des leaders donne du sens et un but au travail en assurant la promotion de la valeur des soins infirmiers et en créant un accès à des structures du pouvoir officielles et officieuses, qui constituent des facteurs prédictifs significatifs d'accès à l'habilitation dans le milieu de travail (Dubuc, 1995; Huffman, 1995; McKay, 1995; Whyte, 1995).

Les rôles qui comportent la prise de décision discrétionnaire, la visibilité et la pertinence dans l'organisation donnent le pouvoir officiel. Le pouvoir officieux provient des alliances politiques et des interactions avec les pairs (Kanter, 1993). Les alliances, avec des pairs, des supérieurs et des subordonnés, influencent davantage l'habilitation (Laschinger et coll., 2001b).

Habiller les leaders crée des conditions permettant des travaux efficaces et responsabilisés en concevant des rôles qui permettent au personnel de participer au processus décisionnel, et en optimisant les possibilités d'autonomie ainsi que de croissance personnelle et professionnelle (Kanter, 1993). Le personnel habilité a été associé à un comportement davantage axé sur le client, ainsi qu'à une amélioration des produits et services, de la concurrence organisationnelle et de la qualité de vie professionnelle (Howard, 1997).

L'optimisation de la capacité de ces employés à prendre des décisions au point de service est un exemple d'habilitation des infirmières au travail, et une démarche nécessaire pour permettre à ces dernières d'avoir la maîtrise de leur tâches (Davidson, Elliott et Daly, 2006; Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull et King, 2009). Un autre exemple serait celui d'optimiser l'étendue de leur pratique au point de service dans tous les milieux (AIIC, 2012).

Le développement du leadership infirmier à tous les niveaux devient de plus en plus important à mesure que les systèmes et les organismes de soins de santé se complexifient, et que les ressources sont plus limitées. [traduction]

~ Doran et coll., (2012)

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.2.1 Les leaders en soins infirmiers comprennent et pratiquent les concepts et les principes du comportement d’habilitation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réfléchir de façon critique à son utilisation personnelle du comportement d’habilitation. ■ Chercher à obtenir une rétroaction sur son propre comportement. ■ Partager le pouvoir avec d’autres personnes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réfléchir de façon critique à son utilisation personnelle du comportement d’habilitation (Reid et Dennison, 2011). ■ Chercher à obtenir une rétroaction sur son propre comportement (Reid et Dennison, 2011). ■ Partager le pouvoir avec d’autres personnes (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.2.2 Les leaders en soins infirmiers optimisent les occasions d’autonomie ainsi que de croissance personnelle et professionnelle pour les infirmières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire preuve de confiance envers d’autres personnes en déléguant de façon efficace (OIIO, 2002; Hui, 1994; McGilton et coll., 2004; Nespoli, 1991; Upenieks, 2003a; Walston et Kimberly, 1997) ■ Agir comme conseiller, mentor et guide (OIIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Gelinat et Manthey, 1997; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a, 2003c). ■ Fournir une rétroaction tant négative que positive de façon constructive (Parsons et Stonestreet, 2002; Six, 2004; Tucker Scott, 2004). ■ Utiliser l’expérience comme option d’apprentissage (OIIO, 2002; DeLong et Fahey, 2000; Garvin, 1993). ■ Offrir des occasions de développement du savoir, des compétences et du jugement (Bousfield, 1997; DeLong et Fahey, 2000; Englebart, 1993; Ferguson-Paré, 1998; Gasper, 1992; Nespoli, 1991; Severinsson, 1996; Upenieks 2003a). ■ Encourager l’utilisation du jugement, de la prise de risques et de l’innovation (Ballein Search Partners, 2003; Upenieks, 2002a). ■ Développer des politiques et des processus qui permettent un cadre complet de pratique (Chiook Foong Loke, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prendre l’initiative d’éduquer le patient à l’aide des ressources d’apprentissage appropriées (Reid et Dennison, 2011). ■ Utiliser l’expérience comme option d’apprentissage (OIIO, 2002; DeLong et Fahey, 2000; Garvin, 1993). ■ Agir comme conseiller, mentor et guide (OIIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Gelinat et Manthey, 1997; Pederson, 1993; Upenieks, 2003a, 2003c). ■ Fournir une rétroaction tant négative que positive de façon constructive (Parsons et Stonestreet, 2002; Six, 2004; Tucker Scott, 2004).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.2.3 Les leaders en soins infirmiers optimisent l'accès aux données et à l'information requises et les utilisent pour travailler efficacement (Upenieks, 2002a).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partager la vision et les valeurs personnelles et organisationnelles (Cadman et Brewer, 2001; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Ingersoll et coll., 2001; King, 2000; Lageson, 2001; Levasseur, 2004; Nespoli, 1991; Walston et Kimberly, 1997). ■ Partager l'information sur les initiatives organisationnelles continues et les plans futurs (Ray et coll., 2002; Upenieks, 2002a). ■ Appliquer de façon critique les connaissances fondées sur la théorie et la recherche en sciences infirmières (Antrobus et Kitson, 1999; Clifford, 1998; OIIO, 2002; Upenieks, 2002a). ■ Encourager le développement, le partage et l'application du savoir et des stratégies fondées sur des données probantes (Antrobus et Kitson, 1999; Davenport, DeLong et Beers, 1998; Ferguson-Paré et coll., 2002). ■ Partager ses compétences et faciliter l'accès aux compétences d'autres personnes (IOM, 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser les systèmes et la technologie au point de service pour faciliter les soins fondés sur des données probantes et l'obtention de résultats améliorés pour le patient ou client (Reid et Dennison, 2011). ■ Surveiller et recueillir des indicateurs pour évaluer la sécurité et la qualité des soins offerts au patient ou client (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.2.4 Les leaders en soins infirmiers créent les conditions permettant aux infirmières d'obtenir du soutien, de la rétroaction et de l'orientation de la part de supérieurs, de pairs et de subordonnés, et d'utiliser cette information.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chercher à comprendre les styles de réflexion, d'apprentissage et de travail chez les autres (Antrobus et Kitson, 1999; Pederson, 1993). ■ Personnaliser les styles de leadership en fonction de personnes individuelles et de situations (Cardin, 1995; Ferguson-Paré, 1998; Pederson, 1993). ■ Créer des structures et des processus qui permettent les interactions. ■ Soutenir les infirmières touchées par des événements ou des expériences au travail. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agir comme personne assurant la liaison entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, et un conseiller, pour les autres infirmières (O'Connor, Theol et Chapman, 2008).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.2.5 Les leaders en soins infirmiers facilitent l'accès aux ressources, c'est-à-dire le matériel, les fonds, les fournitures, l'équipement et le temps, dont les infirmières ont besoin pour remplir leur rôle, ainsi que l'utilisation appropriée de ces ressources.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Minimiser les contraintes bureaucratiques associées aux ressources (Aiken, Sochalski et Lake, 1997; Hanna, 1999; McClure, Poulin, Sovie et Wandelt, 2002; Upenieks, 2002a). ■ Enlever les obstacles à l'obtention de résultats (Upenieks, 2003a). ■ Fournir et utiliser des outils de soutien budgétaire, de formation et de soutien décisionnel pour réaliser ses buts et ses objectifs (OIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2002a, 2003a; Strelbel, 1996; Walston et Kimberly, 1997). ■ Établir des mécanismes pour surveiller et réaliser des charges de travail raisonnables. ■ Répondre aux priorités et aux besoins changeants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Découvrir des moyens d'économiser au point de service (Reid et Dennison, 2011). ■ Mettre en œuvre des initiatives dans l'ensemble du système, qui améliorent la qualité, l'efficacité et l'efficience (Reid et Dennison, 2011). ■ Déléguer et utiliser les ressources appropriées au point de service (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.2.6 Les leaders en soins infirmiers améliorent la signification du travail infirmier..</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir la contribution du travail infirmier aux résultats organisationnels ainsi qu'à ceux des patients ou clients (Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Upenieks, 2002a, 2003a). ■ Concevoir des rôles qui comportent un processus décisionnel discrétionnaire ainsi que de la visibilité, et qui ont une pertinence relativement aux processus organisationnels (Kanter, 1993). ■ Créer un accès à un réseau d'alliances à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir la contribution du travail infirmier aux résultats organisationnels ainsi qu'à ceux des patients ou clients (Clifford, 1998; Nespoli, 1991; Upenieks, 2002a, 2003a).
<p>1.2.7 Les leaders en soins infirmiers permettent la participation à la prise de décision (Campbell, Fowles et Weber, 2004; Erickson et coll., 2003; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli, 1991; Robinson, 2001; Skelton Green, 1996).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inviter les autres à commenter de façon générale (Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli, 1991). ■ Créer des structures et des processus qui permettent de participer à la prise de décision. ■ Respecter les décisions avec du soutien (Robinson, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obtenir et fournir les renseignements appropriés pour des décisions qui concernent le patient ou client (Reid et Dennison, 2011). ■ Agir comme défenseur des intérêts du patient et de sa famille à l'hôpital et dans d'autres services communautaires (O'Connor et coll., 2008).

Stratégies proposées pour créer et habiller avec succès un milieu de travail

Stratégies individuelles

- Participer à un processus continu d'apprentissage (Patrick, Laschinger, Wong et Finegan, 2011).
- Remettre en question le statu quo (Patrick et coll., 2011).
- Faire le bilan des réussites et des échecs (Patrick et coll., 2011).
- Participer à l'établissement d'une vision ou d'un but collectif (Patrick et coll., 2011).
- Participer à la recherche d'un terrain commun (Patrick et coll., 2011).
- Partager l'information et les ressources (Patrick et coll., 2011).
- Bâtir des relations de confiance (Patrick et coll., 2011).
- Créer des valeurs communes (Patrick et coll., 2011).
- Réaliser de petits gains (Patrick et coll., 2011).
- Créer les relations collaboratives (Patrick et coll., 2011).
- Reconnaître les contributions (Patrick et coll., 2011).
- S'exercer à la réflexion en tenant un journal personnel.
- Chercher à obtenir une rétroaction complète pour comprendre comment d'autres perçoivent son comportement.
- Examiner la littérature sur le leadership transformationnel.
- Utiliser les services d'un conseiller professionnel et/ou d'un mentor et le rencontrer régulièrement.
- Assister à des événements éducatifs pour en apprendre davantage sur le leadership, la gestion de projet et l'amélioration de la qualité.
- Offrir ses services lors d'occasions permettant de pratiquer du leadership comme diriger une initiative ou participer au sein d'une d'équipe à une initiative de qualité ou de changement.
- Offrir ses services à titre de membre d'équipe pour recueillir des données sur la pratique et accroître la visibilité de cette initiative en posant des affiches et en discutant des résultats dans les conversations de tous les jours.
- Participer à des réunions et à d'autres initiatives sur la sécurité du patient.
- Devenir un champion de l'intégration de la technologie au point de service.

Stratégies pour l'équipe, le service ou l'organisation

- Établir des rôles de leadership infirmier à titre officiel ou officieux au niveau de la pratique, comme les personnes-ressources cliniques, les chefs de projet ou les responsables des interactions du patient avec l'équipe.
- Faciliter la rotation des rôles de responsabilité.
- Inviter les infirmières à participer à des conférences et à des comités sur les soins offerts aux patients.
- Permettre l'accès à des programmes d'aide aux employés, à des groupes de soutien, à un soutien comportant la discussion après un incident.
- Offrir des occasions d'apprentissage et de visibilité telles qu'assister à des réunions du conseil d'administration ou de comités (AIC, 2003a), ou à des cours ou des conférences de développement du leadership.
- Organiser des groupes avec de l'animation pour partager des expériences et des stratégies.
- Bâtir la confiance des gens dans leurs capacités grâce aux programmes d'orientation, à la formation en vue d'acquérir des compétences, à l'imitation de rôles et à la rétroaction positive (Manojlovich, 2005).
- Établir des équipes d'amélioration de la qualité pour répondre aux préoccupations du personnel.
- Partager les données probantes associant les soins infirmiers à des résultats positifs pour les patients ou clients.
- Transmettre les données valides et fiables sur la charge de travail, et y donner suite.
- Prévoir des réunions régulières au déjeuner ou autour d'un café avec le gestionnaire, le directeur ou le vice-président.
- Organiser des rencontres de discussion ouverte (Apker et coll., 2003).
- Effectuer régulièrement des évaluations de rendement et établir un processus d'examen par les pairs.

Stratégies proposées pour créer et habiliter avec succès un milieu de travail

Stratégies à l'échelle de l'organisation

- Simplifier les structures et les processus de prise de décision.
- Tenir compte de la complexité du travail, de la diversité et du nombre d'employés en déterminant les ratios infirmières/leader dans la structuration des groupes de travail.
- Établir des structures et des processus de gouvernance partagée, tels que des conseils de pratique infirmière et des conseils de service, pour régir le cadre de pratique dans la profession infirmière (AIIIC, 2001).
- Élaborer des stratégies et des politiques pour maximiser le cadre de pratique dans la profession infirmière (AIIIC, 2012).
- Nommer des infirmières soignantes à des comités d'examen de produit.
- Communiquer régulièrement le résultat des travaux de comités de pratique infirmière par la voie de bulletins, de forums ouverts (Upenieks, 2002b) et de technologie Web.
- Offrir à tous les membres de la profession infirmière de la formation dans différentes disciplines, du soutien et un programme de responsabilisation.
- Créer des programmes de mentorat et de préceptorat (AIIIC, 2001).
- Offrir des internats tant aux nouveaux diplômés qu'aux membres expérimentés de la profession.

Recommandation relative à la pratique de leadership 3 : Développer le savoir

1.3 Les leaders en soins infirmiers créent un milieu qui soutient l'intégration du savoir.

Créer un milieu qui encourage le développement et l'intégration permet ce qui suit :

- Satisfaction professionnelle accrue pour les infirmières (Gifford, Zammuto et Goodman, 2002; McNeese-Smith, 1997; Paterson, Henderson, Trivella, 2010; Perra, 2000).
- Efficacité accrue du travail (Collins, 2002; Perra, 2000; Upenieks, 2003b).
- Habilitation et autonomies accrues (Ferguson-Paré, 1998; Gifford et coll., 2002; Wilson et Laschinger, 1994).
- Qualité améliorée de la pratique, des soins et de la responsabilisation (Perra, 2000).
- Amélioration de la croissance personnelle et professionnelle chez les membres du personnel (Bousfield, 1997; Madison, 1994; Severinsson, 1996) et leadership clinique (Ferguson-Paré et coll., 2002).
- Désir accru de poursuivre son perfectionnement (Upenieks, 2003a).
- Amélioration des relations entre les membres du personnel (Nespoli, 1991).
- Confiance accrue envers le leader (Garvin, 1993; Tucker et Edmondson, 2003) et l'organisation (Upenieks, 2003c).
- Augmentation du succès obtenu par le changement planifié (Strebel, 1996; Walston et Kimberly, 1997).
- Engagement organisationnel accru (Perra, 2000).

Le leadership clinique est un processus de leadership intégré au comportement de pratique professionnelle des infirmières soignantes. [traduction]

~ Patrick et coll., (2011)

Discussion sur les données probantes

L'acquisition et la gestion continues du savoir constituent une caractéristique intrinsèque des organisations performantes (Upenieks, 2003c). Les organisations apprenantes savent comment acquérir et diffuser le savoir tout en modifiant leur comportement pour refléter les nouvelles connaissances (Upenieks, 2003c; DeLong et Fahey, 2000). Senge (1990) définit une organisation apprenante comme un milieu « où les gens améliorent continuellement leur capacité à obtenir les résultats qu'ils souhaitent vraiment, où de nouveaux modèles élargis de pensée sont encouragés, où l'aspiration collective est libérée, et où les gens apprennent continuellement comment acquérir le savoir ensemble » [*traduction*] (page 3). Pour que cela se réalise, les organisations doivent découvrir comment obtenir l'engagement des gens et profiter de leur capacité d'apprendre à *tous* les niveaux.

Dans le cadre d'une étude sur les hôpitaux, Tucker et Edmondson (2003) ont clairement indiqué l'influence du comportement de leadership sur la volonté de signaler des erreurs. Les responsables transformationnels influent sur les valeurs d'apprentissage organisationnel en créant une ambiance d'ouverture et de sécurité psychologique, deux facteurs qui sont essentiels pour un apprentissage organisationnel efficace (Tucker et Edmondson, 2003; Argyris et Schön, 1996). La création d'une organisation apprenante exige d'abord un engagement organisationnel à l'égard de l'apprentissage par l'établissement d'un milieu qui favorise l'obtention, l'échange et l'utilisation du savoir (Donaldson et Rutledge, 1998; Upenieks, 2003c). DeLong et Fahey (2000) ont enquêté sur 24 entreprises pour apprendre comment elles ont démarré et géré des projets relatifs au savoir. Leur étude a révélé que la culture déterminait les hypothèses sur l'importance du savoir, définissait les relations entre les niveaux de savoir, créait un contexte d'interaction sociale, et façonnait la création et l'adoption de nouvelles connaissances. La première étape était d'évaluer les différents aspects de la culture la plus susceptible d'influencer le comportement associé au savoir, y compris les attitudes existantes envers la propriété du savoir, les changements nécessaires pour promouvoir une utilisation plus collaborative du savoir, et des modèles de communication interne. Donaldson et Rutledge (1998) ont examiné six projets entrepris pour étudier la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche en soins infirmiers. Les facteurs qui influencent la capacité d'adopter avec succès de nouvelles connaissances dans la pratique comportaient la participation à la formation continue, l'accès à l'information et à la documentation, le temps autorisé pour participer à des projets de recherche, et la disponibilité des collègues possédant un niveau de formation avancé pour faciliter l'interprétation du savoir (Donaldson et Rutledge, 1998).

Les organisations apprenantes tirent profit de toutes les sources de savoir, y compris la créativité interne, les experts informés de l'organisation, les pratiques exemplaires d'autres organisations et les experts externes. La recherche systématique et les mises à l'épreuve de nouvelles connaissances sont réalisées en utilisant une méthode scientifique pour obtenir des gains progressifs dans l'accès au savoir (Garvin, 1993). Le savoir se répand rapidement et efficacement dans l'ensemble de l'organisation. Les idées qui ont le plus grand impact sont partagées à une vaste échelle et transférées par de multiples voies afin d'en améliorer l'application, y compris les rapports écrits et verbaux, ainsi que les programmes d'éducation et de formation.

La motivation de la création, de l'échange et de l'utilisation du savoir représente un facteur essentiel de succès, qui est amélioré par le fait que des incitatifs à long terme sont liés à l'évaluation générale et à la structure de rémunération de l'organisation (Davenport et coll., 1998).

Les grands établissements de soins de santé prennent des décisions en s'appuyant sur des données probantes qui ne sont pas recueillies ou évaluées de façon systématique (Kovner, Elton et Billings, 2000). Comme Berwick (1996) le souligne, la mesure aide à savoir si une innovation particulière doit être retenue, modifiée ou rejetée. Cependant, la plupart des organisations ne permettent pas un temps suffisant de réflexion sur le travail. Les entités collaboratives de gestion fondée sur les données probantes existent pour créer des organisations au niveau du système de santé, qui réunissent des gestionnaires, des conseillers et des chercheurs chargés d'une mission commune visant à améliorer la gestion des soins de santé, les bases de données et le rendement organisationnel. Une équipe de professionnels est réunie dans le but de mieux comprendre les problèmes associés à la gestion efficace des soins de santé, et d'élaborer des approches plus efficaces de la gestion des systèmes de santé. Cette démarche crée une culture fondée sur les données probantes, qui soutient et encourage l'innovation, la recherche expérimentale, la collecte et l'analyse de données ainsi que le développement de compétences d'évaluation éclairée chez les gestionnaires (Walshe et Rundall, 2001).

Les membres du personnel infirmier dans des rôles de leadership peuvent créer un milieu qui soutient le développement du leadership en offrant l'accès à la formation en leadership ainsi que des occasions de s'exercer à appliquer les compétences en leadership acquises (Paterson et coll., 2008). Les leaders en soins infirmiers sont aussi chargés de créer des occasions pour les infirmières au point de service qui souhaitent s'informer sur la recherche en soins infirmiers et mettre en oeuvre les pratiques fondées sur cette recherche (Jeffs, MacMillan, McKey et Ferris, 2009).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.3.1 Les leaders en soins infirmiers encouragent les normes et les pratiques qui appuient une participation générale au développement, à l'échange et à la diffusion du savoir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cultiver un milieu de travail qui encourage activement l'innovation et l'évaluation (Ballein Search Partners, 2003). ■ Favoriser les occasions qui permettent à des personnes individuelles de réfléchir et d'apprendre (Tucker et Edmondson, 2003). ■ Encourager le partage de compétences cliniques et en leadership entre les membres de la profession infirmière. ■ Créer pour les membres du personnel des occasions d'évaluer les systèmes de travail et en concevoir d'autres (Tucker et Edmondson, 2003). ■ Promouvoir et soutenir la recherche en soins infirmiers. ■ Promouvoir et soutenir l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes (Kitson, Harvey et McCormack, 1998; Udod et Care, 2004). ■ Reconnaître la valeur de différents modes de génération et d'adoption du savoir. ■ Harmoniser les incitatifs visant à renforcer et à faciliter l'adoption de pratiques de gestion du savoir (Davenport et coll., 1998). ■ Gérer la croissance personnelle en contestant objectivement le comportement et les croyances (Gelinas et Manthey, 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appliquer le processus de soins infirmiers en prenant l'initiative des soins offerts au patient ou client (Reid et Dennision, 2011). ■ Offrir des occasions de transmettre des renseignements sur les progrès du patient ou client (Reid et Dennision, 2011). ■ Prend l'initiative et partage des interventions concernant les patients et les clients par la voie de conférences sur la prestation de soins au patient (Reid et Dennision, 2011). ■ Gérer la croissance personnelle en contestant objectivement le comportement et les croyances (Gelinas et Manthey, 1997).
<p>1.3.2 Les leaders en soins infirmiers fournissent de l'infrastructure technique, informationnelle et éducative pour soutenir l'apprentissage (Ballein Search Partners, 2003; Davenport et coll., 1998; Hansen, Nohria et Tierney, 1999; Ward, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir du soutien à des fins de formation et de perfectionnement professionnel continu (Ballein Search Partners, 2003; Kramer et Schmalenberg, 2002). ■ Créer des partenariats organisationnels qui facilitent la formation continue. ■ Rechercher et utiliser les services d'experts informés à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation (Rycroft-Malone et coll., 2002). ■ Offrir l'accès à une gamme diversifiée de documents et de renseignements (Udod et Care, 2004). ■ Encourager l'utilisation d'outils d'aide à la décision. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner les rapports ainsi que les analyses de laboratoire afin d'évaluer l'état du patient ou client, et communiquer cette information aux autres membres de l'équipe (Reid et Dennision, 2011). ■ Consulter les experts afin que le patient ou client obtienne des soins et des résultats optimaux (Reid et Dennision, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.3.3 Les leaders en soins infirmiers créent des milieux où la communication est ouverte, et le travail d'équipe et la contribution du savoir des autres sont valorisés (Ballein Search Partners, 2003)..</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner les modèles de communication interne (Upenieks, 2003c). ■ Reconnaître les différences culturelles dans la communication et comment les perceptions de la hiérarchie pourraient influencer la communication. ■ Encourager la résolution de problème collaborative (Pielstick, 1998; Upenieks, 2003c). ■ Établir des structures et des processus pour encourager la discussion de problèmes ou d'idées (Ballein Search Partners, 2003). ■ Promouvoir la circulation d'information et d'idées à plusieurs niveaux par des pratiques officielles et officieuses. ■ Mettre en vedette les réussites. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inviter les autres professionnels de la santé à améliorer l'efficacité des processus organisationnels existants (Ott et coll., 2009). ■ Communiquer ouvertement et en temps opportun avec le patient ou le client et sa famille, et l'équipe interprofessionnelle (Reid et Dennison, 2011). ■ Reconnaître les différences culturelles familiales du patient ou client en matière de communication, et l'influence que les perceptions de la hiérarchie pourraient avoir sur la communication (Reid et Dennison, 2011). ■ Encourager la résolution de problème collaborative (Pielstick, 1998; Upenieks, 2003c).
<p>1.3.4 Les leaders en soins infirmiers inculquent une approche d'apprentissage afin d'améliorer la qualité de façon continue⁶.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir une rétroaction efficace (DeLong et Fahey, 2000; Ferguson-Paré, 1998; Ferguson-Paré et coll., 2002; Gelinis et Manthey, 1997; Severinsson, 1996; Upenieks, 2003a). ■ Formuler, examiner de façon éclairée, générer et valider le savoir par la pensée critique sur la pratique (Berwick, 1996; Titchen, 2000). ■ Inspirer la créativité. ■ Inviter la direction et le personnel à améliorer la qualité des soins et à s'assurer d'une affectation des ressources efficace (Ballein Search Partners, 2003). ■ Permettre aux infirmières d'agir. ■ Inculquer un sens profond de responsabilité individuelle en matière de surveillance de la qualité. ■ Réserver du temps pour examiner et traiter les causes sous-jacentes des problèmes. ■ Utiliser la pensée critique pour générer et valider le savoir. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciliter la résolution de problème, la prise de décision et l'amélioration de la circulation des patients (Ott et coll., 2009). ■ Offrir une rétroaction efficace (DeLong et Fahey, 2000; Ferguson-Paré, 1998; Ferguson-Paré et coll., 2002; Gelinis et Manthey, 1997; Severinsson, 1996; Upenieks, 2003a). ■ Inviter l'équipe interprofessionnelle à améliorer la qualité des soins et à s'assurer d'une affectation des ressources efficace (Ballein Search Partners, 2003). ■ Faire preuve d'un sens profond de responsabilité individuelle en matière de surveillance de la qualité au point de service (Reid et Dennison, 2011). ■ Réserver du temps pour examiner le plan de soins avec le patient ou sa famille. ■ Faire usage de pratique réfléchie pour générer et valider le savoir (Reid et Dennison, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.3.5 Les leaders en soins infirmiers établissent des mécanismes de surveillance continue des processus et des changements organisationnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir la mesure du rendement relatif aux soins infirmiers et des résultats du client pour la référénciation (Ballein Search Partners, 2003). ■ Obtenir la participation du personnel de première ligne à la référénciation et à l'élaboration des pratiques exemplaires (Ballein Search Partners, 2003; Gifford, 2002). ■ Utiliser des cadres de données et de qualité à des fins de surveillance et de prise de décision. ■ Examiner les pratiques exemplaires d'autres organisations et professions (Upshur, 1997). ■ Surveiller les résultats des changements et établir des mécanismes de responsabilisation. ■ Examiner et consigner les réussites et les échecs organisationnels antérieurs (Beaulieu, 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participer à la référénciation et à la mise en oeuvre de pratiques exemplaires (Ballein Search Partners, 2003; Gifford, 2002).

Les leaders qui peuvent le mieux améliorer les soins directs sont ceux qui offrent des soins directs. [traduction]

~ Cook, (2001)



Stratégies proposées pour créer un milieu qui soutient le développement et l'intégration du savoir

Stratégies individuelles

- Faire preuve d'engagement personnel à l'égard du perfectionnement professionnel en examinant la recherche et en assistant à des conférences.
- Diriger l'équipe lors de discussions d'articles de recherche, d'études de cas et d'expériences cliniques.
- Diriger et communiquer des revues de travaux de recherche pour synthétiser les résultats sur des sujets cliniques et de gestion (Walshe et Rundall, 2001).
- Créer une table ronde ou groupe de réunion à midi pour examiner les expériences en leadership (Walshe et Rundall, 2001).
- Mettre à l'épreuve ses connaissances sur le leadership en écrivant un article pour une publication ou en présentant son savoir lors d'une conférence.
- Poser des questions sur la pratique (Patrick et coll., 2011).
- Continuer à se renseigner sur les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, et se faire le champion de leur intégration (Jeffs et coll., 2009).
- Examiner avec d'autres comment évaluer la pratique et offrir ses services pour recueillir des données aux fins d'évaluation.
- Offrir de participer à des initiatives d'amélioration de la pratique.
- Participer aux modèles de soins qui soutiennent l'apprentissage (tels que le modèle 80/20, où l'apprentissage fait partie du travail rémunéré) et offrir son soutien à des collègues afin qu'ils y participent aussi (Bournes et Ferguson-Paré, 2007).

Stratégies d'équipe et de service

- Créer des équipes et des conseils d'amélioration de la qualité.
- Créer des équipes de projet interprofessionnelles pour encourager l'apprentissage et la communication (Upenieks, 2003c).
- Encourager l'échange d'information lors de réunions d'équipe périodiques (Stone et coll., 2002) ou d'autres forums, conférences et réunions (Garvin, 1993; Upenieks, 2003c).
- Encourager le partage de compétences interprofessionnelles entre les membres individuels de la profession infirmière par des présentations concernant le patient.
- Soutenir la formation continue du personnel par un horaire flexible et des clubs de revues.
- Encourager les membres du personnel à écrire un article de groupe pour une publication, ou à faire une présentation à une conférence.
- Effectuer une évaluation des besoins et élaborer un plan de formation pour le service.
- Établir des plans d'apprentissage annuels.

Stratégies à l'échelle de l'organisation

- Fournir un service de bibliothèque, y compris l'Internet et des moteurs de recherche (Udod et Care, 2004).
- Offrir de l'aide pour les frais de scolarité et un horaire flexible afin de permettre la formation continue.
- Créer un partenariat avec des programmes qui décernent des diplômes afin d'offrir une formation sur place, et participer à des projets de recherche collaboratifs (Rutledge et Donaldson, 1995).
- Diriger des groupes de discussion et effectuer des sondages régulièrement pour faire le suivi des processus et des résultats de pratique infirmière.
- Créer des processus non punitifs pour le signalement d'erreurs et d'accidents évités de justesse.
- Utiliser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.
- Offrir au personnel des occasions de s'informer au sujet des projets de recherche, de l'amélioration de la qualité, de la gestion de projet, du mentorat, des soins axés sur le patient, et de l'intégration de la pratique fondée sur des données probantes, en réservant un certain nombre d'heures de travail à l'apprentissage (Bournes et Ferguson-Paré, 2007).
- Élaborer ou réexaminer des outils de mesure de la charge de travail pour permettre un temps de réflexion et d'apprentissage
- Intégrer à la description de poste et à la planification stratégique la participation aux projets de recherche et leur utilisation (Rutledge et Donaldson, 1995).
- Créer un comité de recherche en soins infirmiers et intégrer les données probantes et la recherche aux travaux réguliers de comités (Rutledge et Donaldson, 1995).
- Publier les réalisations des membres de la profession infirmière dans un rapport ou un bulletin annuels.
- Créer et offrir un accès ouvert à des rapports sur la qualité des soins infirmiers en faisant le suivi des données sur des indicateurs adaptés aux infirmières (Bethune, 2005).

Recommandation relative à la pratique de leadership 4 : Mettre en oeuvre le changement et en assurer la durabilité

1.4 Les leaders en soins infirmiers dirigent, appuient et maintiennent le changement.

Un leadership en gestion du changement permet ce qui suit :

- Acceptation accrue du changement par les employés (Barry-Walker, 2000; Ingersoll et coll., 2001; Katz, 1982; Rousseau et Tijorwala, 1999).
- Réalisation accrue du changement (Kramer et Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; Strebel, 1996; Upenieks, 2003a).
- Équipes qui ont un meilleur rendement (Cummings et coll., 2005; Gil, Rico, Alcover, Barrasa, 2005; Leach, 2005; Perra, 2000).
- Productivité accrue (Leach, 2005; Perra, 2000).
- Réduction de l'absentéisme (Leach, 2005; Perra, 2000).
- Augmentation de l'engagement envers le travail (Barry-Walker, 2000; Ingersoll et coll., 2001; Katz, 1982; Rousseau et Tijorwala, 1999).
- Engagement organisationnel accru (McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000).
- Augmentation de la motivation et de la volonté de travailler fort (McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000).
- Satisfaction professionnelle accrue (Cummings et coll., 2005; Gil et coll., 2005; McNeese-Smith, 1997; Perra, 2000).

Discussion sur les données probantes

Les leaders en soins infirmiers constituent la clé d'un changement réussi dans les organisations. Dans le cadre d'une étude canadienne sur les effets de la restructuration hospitalière, des infirmières ont signalé un moins grand nombre d'effets négatifs lorsqu'elles croyaient que leurs chefs utilisaient un style de démocratie fondée sur la relation (Cummings et coll., 2005). Selon une étude américaine réalisée par Gullo et Gerstle (2004), lorsque des gestionnaires intermédiaires ont fait preuve de leadership transformationnel pendant la restructuration, les infirmières soignantes ont signalé une impression d'habilitation supérieure à la moyenne. Cependant, on n'a observé aucune relation entre le style transformationnel et la satisfaction professionnelle pendant la restructuration. Dans une étude des équipes hospitalières en Espagne, Gil et coll. (2005) ont découvert que les styles de leadership charismatiques et transformationnels étaient fortement associés avec la satisfaction professionnelle et le rendement des équipes, et influencés par la croyance de l'équipe en sa propre efficacité.

Le changement commence lorsqu'un leader en soins infirmiers développe une vision qui conteste les hypothèses, les structures et les processus dans l'organisation (Kanter, 1999; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Shea, 2001; Upenieks, 2003a). Pour obtenir une masse critique de soutien pour la vision, cette dernière doit être étoffée et communiquée à d'autres intervenants (Block, 1987; Kramer et Schmalenberg, 2002; Tucker, 2004).

La vision devient un changement lorsque les leaders en soins infirmiers obtiennent la participation des membres du personnel en créant des structures et des occasions qui intègrent ces employés dans toutes les phases du processus de changement (Collins, 2002; Knox et Irving, 1997a). Les leaders qui font preuve d'un engagement réel envers le changement (Kanter, 1999; Knox et Irving, 1997b) et agissent comme modèle de rôle dans la prise de risques et l'innovation ont plus de chances d'atteindre les objectifs prévus (Leach, 2005; Kramer et Schmalenberg, 2002; Upenieks, 2003a).

Il existe de nombreux travaux de recherche qui indiquent le besoin d'une communication continue à tous les niveaux de l'organisation (Ingersoll et coll., 2001; IOM, 2004; Knox et Irving, 1997b; Rousseau et Tijorwala, 1999). La communication ouverte pourrait favoriser une acceptation accrue du changement par les employés, ainsi qu'un plus grand engagement envers leur travail (Barry-Walker, 2000; Ingersoll, et coll., 2001; Katz, 1982; Rousseau et Tijorwala, 1999). Les stratégies efficaces comprennent l'invitation des membres du personnel à commenter sur leur perception du changement (Heifetz et Laurie, 2001; Ingersoll, et coll., 2001; Knox et Irving, 1997a). L'information doit être personnalisée en fonction du contexte unique des personnes à différents niveaux de l'organisation (Skinner et Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a). Des mises à jour sur les objectifs mesurables et des rapports d'étape doivent être fournis régulièrement (Walston et Kimberly, 1997).

La détresse morale chez les infirmières, qui pourrait être causée par certains changements dans les systèmes, doit être reconnue et traitée (Bell et Breslin, 2008). La formation en éthique et le compte-rendu à ce sujet par les leaders en soins infirmiers aident les dispensateurs de soins de santé à gérer la détresse morale (Bell et Breslin, 2008).

Strebe (1996) suggère que les leaders sous-estiment souvent l'apprentissage nécessaire pour soutenir le changement. Il est plus probable que la qualité et l'efficacité soient maintenues là où il y a suffisamment de temps et de ressources pour la formation (Knox et Irving, 1997b; Walston et Kimberly, 1997). Il est important de personnaliser les ressources pour répondre à l'importance du changement prévu (Kanter, 1999; Walston et Kimberly, 1997).

Les employés s'adaptent mieux au changement lorsque les leaders en soins infirmiers bâtissent la confiance et offre un soutien continu (Leana et VanBuren, 1999) en étant présents et visibles là où le changement survient (Shea, 2001), ainsi qu'en écoutant et en répondant aux émotions et aux réactions du personnel (Block, 1987; Greenberg, 1996). Cependant, pour que le changement soit efficace et durable, les leaders doivent avoir des stratégies permettant d'intégrer une nouvelle initiative dans les activités courantes.

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.4.1 Les leaders en soins infirmiers créent une vision commune de changement continu avec les intervenants et les experts (Ferguson-Paré, 2002; Kramer et Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Perra, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réfléchir sur les attitudes et les compétences personnelles concernant le changement et la gestion du changement. ■ Remettre en question le statu quo et contester les hypothèses, les valeurs, les structures et les processus (Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Upenieks, 2003a). ■ Analyser le contexte pour déceler les changements démographiques et de politique à l'extérieur de l'organisation (Englebart, 1993; Shea, 2001). ■ Recueillir l'information qui suggère de nouvelles approches (Kanter, 1999). ■ Appliquer de façon éclairée les données probantes pour modifier les initiatives. ■ Établir des relations avec des partenaires qui peuvent aider à élargir la réflexion et les approches utilisées dans l'organisation (Kanter, 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Devenir un défenseur des intérêts et un évaluateur pour les patients, les clients et le personnel (O'Connor et coll., 2008). ■ Effectuer des changements par la défense des intérêts des patients et des clients (Reid et Dennison, 2011). ■ Contester les hypothèses pour refléter les soins axés sur le patient (Reid et Dennison, 2011). ■ Réfléchir sur les attitudes et les compétences personnelles concernant le changement et la gestion du changement (Reid et Dennison, 2011). ■ Appliquer de façon éclairée les données probantes aux initiatives de changement (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.4.2 Les leaders en soins infirmiers invitent d'autres personnes à partager la vision de changement continu (Ferguson-Paré et coll., 2002; Harvard Business Review, 2001; Leach, 2005; McNeese-Smith, 1995; Perra, 2000)..</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bâtir des partenariats et des relations stratégiques (Englebart, 1993). ■ Bâtir des coalitions pour le changement (Gil et coll., 2005), y compris une entente avec une masse critique de personnes (Shea, 2001) ■ Restructurer le changement à la suite d'une crise considérée comme une possibilité d'amélioration plutôt qu'une menace (Kanter, 1999). ■ Démontrer son engagement à l'égard du changement (Huy, 2002; Lowe, 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciliter la communication avec les dispensateurs de services de soins de santé à l'extérieur de l'hôpital (O'Connor et coll., 2008). ■ Démontrer son engagement à l'égard du changement (Huy, 2002; Lowe, 2004).

RECOMMANDATIONS

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.4.3 Les leaders en soins infirmiers invitent les intervenants et les experts à participer à la planification, à la conception et à la restructuration du changement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander l'avis du personnel et des syndicats tôt dans le processus. ■ Réunir les personnes concernées à plusieurs niveaux pour examiner les buts communs et s'assurer qu'ils sont harmonisés (McNeese-Smith, 1995). ■ Inviter les personnes touchées par le changement à participer au processus de modification (Cummings, 2005; Lowe, 2004; Macy, Peterson et Norton, 1989). ■ Inviter les intervenants à se faire les artisans du changement (Knox et Irving, 1997a). ■ Déterminer les sympathisants, les influenceurs et les champions clés du changement (Kanter, 1999). ■ Respecter et reconnaître les compétences et les talents individuels qui contribuent au changement (Knox et Irving, 1997a). ■ Encourager la croyance que le changement peut survenir. Bâtir une impression de possibilité (Pielstick, 1998). ■ Encourager les gens à prendre des risques et à innover. Être un modèle pour les deux options (Olio, 2002; Kanter, 1999; Kramer et Schmalenberg, 2002; Leach, 2005; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2003a). ■ Examiner les leçons apprises peu importe les résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Participer à la planification stratégique pour le service ou le secteur spécialisé (O'Connor et coll., 2008). ■ Respecter et reconnaître les compétences et les talents individuels qui ont contribué au changement (Knox et Irving, 1997a).
<p>1.4.4 Les leaders en soins infirmiers assurent la communication pendant tout le processus de changement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traduire et interpréter les problèmes en soins infirmiers pour informer et influencer des personnes dans différents contextes (p. ex., clinique, directorial, universitaire et politique) (Skinner et Spurgeon, 2005; Upenieks, 2003a). ■ Mettre à jour les communications régulièrement (Barry-Walker, 2000; Katz, 1982). ■ Transmettre des renseignements sur les facteurs économiques et de politique qui expliquent le changement (Knox et Irving, 1997b). ■ Offrir des renseignements adéquats pour la prise de décision pendant le changement. ■ Offrir continuellement des rapports d'étape (Knox et Irving, 1997b). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir des conseils d'expert et communiquer avec les services de santé (O'Connor et coll., 2008). ■ Communiquer régulièrement avec les patients, les clients et leur famille concernant des changements qui pourraient avoir un effet sur les soins (Reid et Dennison, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.4.5 Les leaders en soins infirmiers élaborent et mettent en oeuvre des mécanismes de rétroaction, de mesure et de restructuration pendant le changement (Goodman, 2001; Walston et Kimberly, 1997).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir des buts et des mécanismes mesurables pour faire le suivi des progrès (Lowe, 2004; Walston et Kimberly, 1997). ■ Inviter le personnel à commenter et à fournir ses impressions sur le changement à titre tant officiel qu'officieux (Heifetz et Laurie, 2001; Ingersoll et coll., 2001; Knox et Irving, 1997a). ■ Régler le rythme du changement et fixer des priorités concernant les activités de restructuration afin de permettre suffisamment de temps pour s'adapter (Ingersoll et coll., 2001). ■ Structurer les possibilités de rétroaction continue et utiliser des techniques d'écoute active. ■ Négocier et médier des solutions pour les problèmes générés par le changement. ■ Éliminer les obstacles à l'obtention de résultats et assumer la responsabilité pour ces derniers (Pederson, 1993). ■ Examiner le conflit et l'ambiguïté des rôles, et le changement prévu dans les rôles et les responsabilités (Ingersoll et coll., 2001; Kroposki, Murdaugh, Tavakoli et Parsons, 1999). ■ Célébrer les jalons (Ingersoll et coll., 2001; Kanter, 1999). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inviter les commentaires en utilisant des méthodes approuvées, c.-à-d. des sondages auprès de patients ou de clients (Reid et Dennison, 2011). ■ Travailler avec une équipe interprofessionnelle afin de fournir une rétroaction sur les changements (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.4.6 Les leaders en soins infirmiers offrent du soutien, de l'encadrement et du mentorat à d'autres personnes afin que le changement soit un succès.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bâtir la confiance et offrir du soutien afin améliorer l'action collective en vue du changement (Leana et VanBuren, 1999). ■ Dire la vérité sur l'ambivalence, les réserves et l'engagement à l'égard du changement (Shea, 2001). ■ Ne pas perdre de vue de l'expérience du personnel, à l'approche du changement (Shea, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inviter les nouveaux membres du personnel à participer et les aider à apprendre à prévoir les besoins du patient associés au changement (O'Connor et coll., 2008).

Stratégies proposées pour mettre en oeuvre le changement et en assurer la durabilité

Stratégies individuelles

- Demander l'avis de travailleurs de première ligne et les inviter à participer au processus.
- Reconnaître les contributions aux petites étapes du changement (Patrick et coll., 2011).
- Créer des valeurs communes pour enrainer le changement (Patrick et coll., 2011).
- Comprendre et reconnaître que l'adoption du changement varie d'une personne à l'autre.
- Travailler avec des collègues des services de ressources humaines, de finances et d'amélioration de la qualité pour obtenir des données permettant de faire le suivi du changement.
- Effectuer un examen des intervenants afin de déterminer qui peut promouvoir ou entraver le changement (Block, 1987; Shea, 2001).
- Recueillir des points de vue auprès des intervenants sur la façon de rendre le changement significatif pour eux (Tourangeau et coll., 2002).
- Être patient et ouvert aux possibilités pour faire avancer le changement (Cummings et McLennan, 2005).
- Créer un réseau de soutien pour maintenir l'énergie personnelle pendant le processus de changement (McDowell, 2004).

Stratégies d'équipe et de service

- Inviter les membres de la profession infirmière à bâtir une vision.
- Partager la vision et les tactiques du changement à l'occasion de forums ouverts et en utilisant la technologie (McDowell, 2004).
- Offrir de la formation permettant l'acquisition de compétences pour de nouvelles tâches, et se concentrer sur les points forts afin de bâtir la confiance de l'équipe en sa capacité de gérer le changement (Gil et coll., 2005).
- Examiner des initiatives semblables qui ont été des échecs afin de cerner ce qui pourrait être fait différemment (McDowell, 2004).

Stratégies de l'organisation

- Communiquer régulièrement en utilisant plusieurs méthodes et stratégies (Ingersoll et coll., 2001; Lowe, 2004; Rousseau et Tijorwala, 1999)
- Associer le changement aux objectifs stratégiques de l'organisation (Lowe, 2004).
- Utiliser des stratégies de communication, telles que les bulletins, les réunions, les forums ouverts et les entretiens particuliers, entre les membres du personnel et les leaders pendant toute la durée du changement (Walston et Kimberly, 1997).
- Consulter le personnel et les syndicats tôt dans le processus et à un rythme fréquent.
- Offrir des ateliers de gestion du changement, y compris des compétences en délégation, en gestion (Walston et Kimberly, 1997) et en esprit d'équipe (Gelinas et Manthey, 1997; Ingersoll et coll., 2001).
- Utiliser des manuels de mise en oeuvre (McDowell, 2004) pour accroître l'uniformité (Heller, 2003).
- Utiliser des données d'évaluation tirées de sondages auprès des employés et des groupes de discussion pour faire le suivi des processus et des résultats, ainsi que des décisions éclairées (Lowe, 2004).

Aider d'autres personnes à faire face aux effets du changement

- Écouter leurs préoccupations et faire preuve d'empathie sans les juger.
- Porter attention aux préoccupations personnelles et professionnelles des employés.
- Se concentrer sur l'événement et les émotions associées.
- Aider les personnes individuelles à assumer leurs émotions plutôt que les dépersonnaliser par une généralisation.
- Encourager et remercier en envoyant une carte ou un petit cadeau comme des fleurs (Cummings et McLennan, 2005).

Recommandation relative à la pratique de leadership 5 : Équilibrer les complexités**1.5 Les leaders en soins infirmiers équilibrent les complexités du système, en déterminant et en gérant les valeurs et les priorités concurrentes.****Équilibrer les complexités du système et gérer les valeurs et les priorités concurrentes permet d'obtenir ce qui suit :**

- Réduction de stress chez les infirmières (Lindholm, Dejin-Karlsson, Östergren et Udén, 2003)
- Perception accrue de leur valeur (Cronkhite, 1991; Fletcher, 2001; Gelinis et Manthey, 1997; Ray et coll., 2002) et de leur image (Gaudine et Beaton, 2002; Mohr et Mahon, 1996).
- Augmentation de la satisfaction professionnelle chez les infirmières et leurs chefs (Barry-Walker, 2000; Fletcher, 2001; Gelinis et Manthey, 1997).
- Réduction du désengagement à l'égard du travail (Fenton, 1988; Mohr et Mahon, 1996).
- Réduction de l'intention de quitter l'organisation ou la profession infirmière (Corley, 1995; Corley, Elswick, Gorman et Clor, 2001; Gaudine et Beaton, 2002).
- Confiance accrue envers les leaders (Fletcher, 2001; Gelinis et Manthey, 1997).

Discussion sur les données probantes

Les systèmes de soins de santé subventionnés par l'État sont complexes et font face à des pressions de tous les côtés, y compris des limites budgétaires, une demande accrue (surtout à cause de la prévalence croissante des maladies chroniques), des préoccupations sur la qualité, le virage vers les soins axés sur le patient, et l'exigence pour les professionnels de la santé de trouver des solutions aux problèmes du système (MacLeod, 2010).

En conséquence, les membres de la profession infirmière et leurs chefs font face fréquemment à une vaste gamme de priorités concurrentes et de demandes de la part de personnes individuelles, de familles, de professionnels et de l'organisation dans son ensemble (Gaudine et Beaton, 2002; Oberle et Tenove, 2000). Ultimement, une sélection des priorités et des moyens à prendre en conséquence doit être faite. Certains de ces choix peuvent créer un dilemme éthique pour les infirmières et les leaders en soins infirmiers, particulièrement lorsque les décisions sont influencées par des attentes professionnelles, des politiques organisationnelles ou des structures de pouvoir hiérarchique. Splane et Splane (1994) ont noté que les membres de la profession infirmière dans des rôles en matière de politique principaux étaient mis au défi par des « considérations concurrentes » [traduction] (p. 158). Posner, Kouzes et Schmidt (1985) ont observé que des valeurs semblables entre les gestionnaires et les organisations étaient associées à des perceptions de réussite personnelle, d'engagement organisationnel et de comportement éthique, permettant l'examen de problèmes fondé sur les valeurs, et une appréciation ainsi qu'une compréhension de la complexité des milieux de soins de santé.

Les infirmières croient en la prestation des meilleurs soins possibles à tous les patients ou clients (Jameton, 1984), et en la valeur de leur savoir professionnel lorsqu'elles contribuent à l'obtention de résultats positifs pour les patients ou clients. Lageson (2004) a découvert une relation significative entre l'action du gestionnaire au point de service, intéressé à répondre aux besoins du patient ou du client en matière de soins, et la satisfaction professionnelle des infirmières. Le manque de correspondance entre les valeurs et les croyances des infirmières et celles de l'organisation qui les emploie peut mener à une détresse éthique^G (AIIC, 2003).

Équilibrer les coûts et des soins de qualité (concernant des questions comme la dotation et l'utilisation des fournitures) constitue un problème majeur pour les leaders en soins infirmiers (Ballein Search Partners, 2003; Corley, 1995; Cronkhite, 1991; Gaudine et Beaton, 2002; Ray et coll., 2002; Storch et coll., 2002; White, 2000). On s'attend à ce que les leaders en soins infirmiers parlent en faveur des soins infirmiers et respectent leurs valeurs, et défendent les intérêts des patients ou des clients et du personnel en dépit de contraintes budgétaires (Clifford, 1998; OIIO, 2002; DeLong et Fahey, 2000; Ferguson-Paré et coll., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Hanna, 1999; Nespoli, 1991). Si les infirmières ont l'impression que leur organisation accorde plus de valeur à la réduction des coûts qu'à la prestation de soins de qualité, il en résulte chez les employées une baisse de confiance envers le leadership ainsi qu'une diminution de la satisfaction professionnelle (Barry-Walker, 2000; Fletcher, 2001; Gelinas et Manthey, 1997; Ray et coll., 2002), une augmentation du stress (Lindholm et coll., 2003), une moins bonne perception de leur valeur, une réduction de leur degré de loyauté envers l'organisation, et une intention accrue de quitter leur poste (Ray et coll., 2002). Ceci complique les décisions à prendre par les leaders, qui ont de multiples conséquences potentielles pour chaque option.

Les relations avec les médecins, les administrateurs et d'autres membres des équipes de soins de santé peuvent être une source de détresse. Parfois, les médecins obtiennent un traitement préférentiel ou ils font preuve d'un manque de respect pour les infirmières et leur savoir. Cependant, l'appui au dialogue libre (May, Hodges, Chan et Avolio, 2003; Storch et coll., 2002) varie aussi selon les équipes de soins infirmiers. Parmi les infirmières et infirmiers autorisés qui travaillaient au Canada en 2008, 8,3 pour cent avaient été formés à l'étranger (AIIC, 2011). Les membres de la profession infirmière provenant de générations ou de milieux culturels ou ethniques différents n'ont pas nécessairement la même éthique ou attitude professionnelle (Wieck et coll., 2002). Cependant, ils doivent travailler ensemble dans une équipe cohésive (White, 2000). Cronkhite (1991) a découvert que les leaders en soins infirmiers qui semblaient s'intéresser davantage aux besoins des patients ou clients et du personnel infirmier avaient plus de conflits dans leurs relations avec les niveaux supérieurs de l'organisation. Cependant, ceux qui étaient perçus comme des intervenants en faveur de l'organisation avaient davantage de conflits avec les infirmières plus jeunes.

Le rôle de leader en soins infirmiers est de promouvoir et de créer un milieu de pratique qui permet de gérer la complexité du système et d'équilibrer les nombreux points de vue et demandes de façon à ce que le personnel infirmier puisse fournir des soins de qualité. On dit que les responsables transformationnels ont un caractère moral très élevé (Bass et Avolio, 1990). On s'attend à ce que les leaders en soins infirmiers soient une boussole morale, signalant des situations préoccupantes (Storch et coll., 2002) lorsque des demandes concurrentes pourraient nuire à la prestation de soins de qualité offerts au patient et au client. Les leaders en soins infirmiers doivent réfléchir à leurs propres valeurs avant de pouvoir reconnaître les valeurs et l'éthique sous-jacentes à certaines situations, et résoudre le problème efficacement (Fenton, 1988; Gaudine et Beaton, 2002; May et coll., 2003; Storch et coll., 2002; White, 2000). La collecte d'information et l'évaluation de la situation sont essentielles (Norrish et Rundall, 2001; Ray et coll., 2002; White, 2000), étant donné que bon nombre de problèmes sont liés à un contexte (Oberle et Tenove, 2000). Storch et coll. (2002) décrivent l'importance de savoir où est la limite, à quel moment il faut avancer et où il faut s'arrêter.

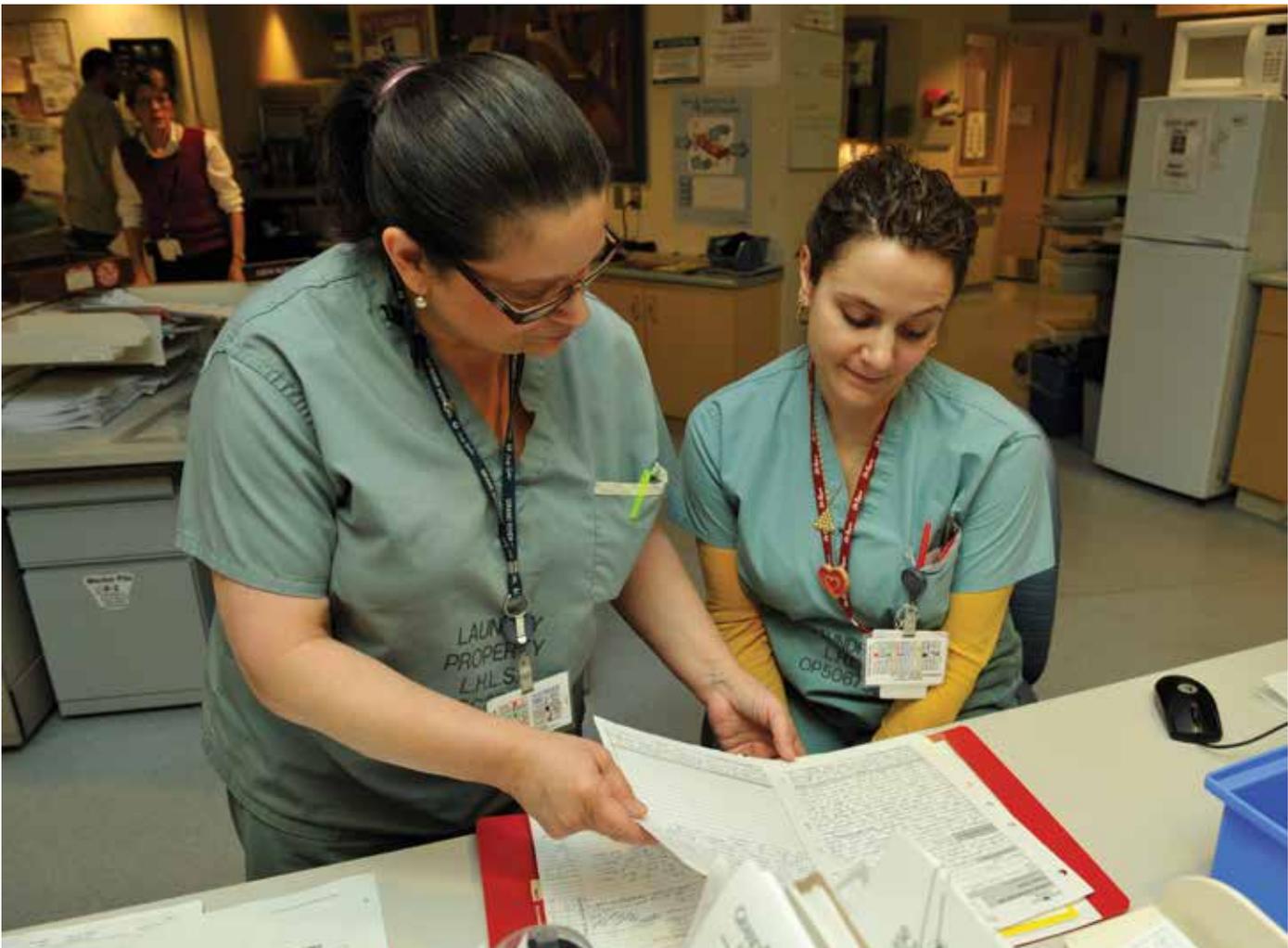
Expliquer la logique d'une action, obtenir les ressources nécessaires (May et coll., 2003) et surveiller les effets d'une décision font partie du rôle d'un leader. Les leaders aident les autres à constater que les situations ne conduisent pas toujours à un choix entre des solutions opposées, mais parfois à des décisions à optimiser avec le temps (Hurst, 1996) en modifiant le point d'intérêt et l'action au besoin. Par exemple, à certains moments, les leaders en soins infirmiers peuvent attribuer des ressources à des postes de formatrice en soins infirmiers pour aider les infirmières à améliorer leur pratique. À un autre moment, la décision pourrait être d'ajouter des postes d'infirmière en soins directs. Les deux options font partie d'une délicate question d'équilibre dans le but d'obtenir le meilleur résultat possible tant pour le patient que pour le personnel. Barry Johnson décrit ce type de problème comme un dilemme ou une gestion de polarités, où aucune solution unique ne permet de résoudre un problème complexe. Il faut plutôt gérer le problème (Johnson, 1996).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.5.1 Les leaders en soins infirmiers déterminent et reconnaissent les valeurs et les priorités (Gaudine et Beaton, 2002; May et coll., 2003; Storch et coll., 2002; White, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Clarifier les valeurs pour déterminer ses propres valeurs, celles des autres, et celles de l'organisation (Cronkhite, 1991; Gaudine et Beaton, 2002; Norrish et Rundall, 2001; Storch et coll., 2002; White, 2000; Wieck et coll., 2002). ■ Séparer les valeurs personnelles des responsabilités professionnelles (Gaudine et Beaton, 2002). ■ Partager et communiquer la vision, les valeurs et les priorités explicitement (Cronkhite, 1991; Ferguson-Paré et coll., 2002; Heeley, 1998; Levasseur, 2004; White, 2000; Wieck et coll., 2002). ■ Formuler un processus pour définir les valeurs et la vision des soins infirmiers dans une organisation (Storch et coll., 2002). ■ Comprendre que les valeurs évoluent avec le temps en réponse aux expériences de la vie (Rokeach, 1973). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Clarifier les valeurs pour déterminer ses propres valeurs, celles des autres, et celles de l'organisation (Cronkhite, 1991; Gaudine et Beaton, 2002; Norrish et Rundall, 2001; Storch et coll., 2002; White, 2000; Wieck et coll., 2002). ■ Séparer les valeurs personnelles des responsabilités professionnelles (Gaudine et Beaton, 2002).
<p>1.5.2 Les leaders en soins infirmiers reconnaissent et intègrent plusieurs points de vue dans leur prise de décision (Heeley, 1998; Hurst, 1996; Norrish et Rundall, 2001; White, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recueillir de l'information de plusieurs sources. ■ Utiliser des outils d'aide à la décision (Gelinas et Manthey, 1997). ■ Déterminer et communiquer les valeurs qui étayent la décision (White, 2000). ■ Tenir compte de plusieurs sources de pression, y compris les finances, le pouvoir et les politiques (Norrish et Rundall, 2001). ■ Déterminer les conséquences de privilégier un point de vue plutôt qu'un autre (Heeley, 1998; May et coll., 2003). ■ Utiliser le savoir clinique et professionnel en soins infirmiers lors de la prise de décision (Krejci, 1999; White, 2000). ■ Cerner les problèmes d'éthique et de morale (Storch et coll., 2002). ■ Savoir quand s'exprimer et quand s'arrêter (Krejci, 1999; Tucker Scott, 2004). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chercher à faire confirmer des décisions professionnelles en consultant ses pairs (O'Connor et coll., 2008).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.5.3 Les leaders en soins infirmiers aident les autres à comprendre les décisions et les points de vue contradictoires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconnaître et indiquer les points de vue contradictoires (Heeley, 1998; Hurst, 1996; Storch et coll., 2002) et déterminer leurs interdépendances (Hurst, 1996). ■ Aider les autres à clarifier et à exprimer des valeurs et des points de vue (Alic, 2003; Gaudine et Beaton, 2002; Storch et coll., 2002; White, 2000). ■ Comprendre que la diversité culturelle influence les points de vue. ■ Examiner pourquoi un point de vue est valorisé ou sélectionné plutôt qu'un autre (Heeley, 1998). ■ Créer une responsabilisation commune et bâtir des relations collaboratives (OIO, 2002; Heeley, 1998; Hurst, 1996; Norrish et Rundall, 2001; White, 2000). ■ Aider les autres à comprendre les aspects d'entreprise des soins de santé (White, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir des conseils sur les soins appropriés (O'Connor et coll., 2008).
<p>1.5.4 Les leaders en soins infirmiers emploient des stratégies pour faire avancer les initiatives prioritaires tout en conservant d'autres initiatives et points de vue valorisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer des pratiques flexibles pour répondre à des priorités changeantes (Hurst, 1996). ■ Promouvoir et récompenser la flexibilité et l'innovation associées à la réalisation de l'équilibre (Hurst, 1996). ■ Se concentrer sur les buts et ce qui peut être réalisé (Gaudine et Beaton, 2002). ■ Explorer d'autres moyens de relever les défis (Thompson et Bunderson, 2003) tels que l'utilisation de la technologie (White, 2000). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Partager ses compétences et offrir des conseils sur de nouvelles techniques de soins (O'Connor et coll., 2008). ■ Diriger les soins offerts au patient en établissant des priorités et en ajustant les soins en fonction de ces priorités (Reid et Dennison, 2011).
<p>1.5.5 Les leaders en soins infirmiers demandent les ressources nécessaires pour réaliser leurs buts et leurs objectifs (May et coll., 2003).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des données pour démontrer la nécessité des ressources. ■ Fournir les effectifs, le soutien, le temps et l'équipement requis (OIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Upenieks, 2003a, 2003b). ■ Harmoniser les ressources avec les priorités et les normes professionnelles à long terme (May et coll., 2003; Upenieks, 2003a). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faciliter les séances de compte rendu pour le personnel et contribuer à leur savoir (O'Connor et coll., 2008). ■ Recueillir des données à l'appui d'une demande de ressources (Reid et Dennison, 2011). ■ Déterminer l'équipement et les effectifs nécessaires (Reid et Dennison, 2011).

Compétences fondamentales	Exemple de comportement	Pertinence pour le leadership au point de service
<p>1.5.6 Les leaders en soins infirmiers font preuve de responsabilisation et assument la responsabilité des résultats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveiller les effets des décisions concernant les patients ou clients ainsi que les ressources et la qualité en personnel (Fletcher, 2001; Heeley, 1998; Norrish et Rundall, 2001, White; 2000). ■ Déterminer et surveiller les indicateurs de déséquilibre (Hurst, 1996). ■ Trouver les personnes les plus sensibles aux impacts négatifs et demander des rétroactions fréquemment (Hurst, 1996). ■ Promouvoir la responsabilisation des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Surveiller les effets des décisions concernant les patients et les clients.

RECOMMANDATIONS



Recommandations relatives aux ressources personnelles

2.0 Les leaders en soins infirmiers développent continuellement leurs ressources personnelles de leadership efficace.

Il est important pour les organisations de comprendre et de valoriser les ressources personnelles que les membres de la profession infirmière ont à offrir. De même, les infirmières doivent être conscientes de leurs forces afin de pouvoir les évaluer, les façonner et en tirer profit. Notre examen de la littérature a permis de repérer plusieurs études sur les ressources personnelles qui soutiennent un leadership efficace, y compris l'identité professionnelle^G; des caractéristiques individuelles^G telles que l'identité ethnique et culturelle^G, l'intelligence émotionnelle, les capacités d'adaptation, la résilience et la flexibilité; les compétences en leadership^G, y compris le savoir, les années d'expérience, l'éducation institutionnelle et un niveau de scolarité avancé; et des soutiens sociaux^G, qui incluent les mentors, les collègues solidaires, les amis et la famille. Laschinger et coll. (2012) ont découvert que les facteurs personnels exerçaient une plus grande influence sur les aspirations des infirmières pour un rôle de gestion que les facteurs de circonstances. Les infirmières plus jeunes préparées par un baccalauréat et qui possédaient une plus grande confiance en leurs capacités de leadership aspiraient davantage à un rôle de leadership.

Wood-Allen (1998) a découvert cinq facteurs qui influencent le style de leadership : la confiance en soi, des tendances innées de leadership, la progression de l'expérience, l'influence par des personnes importantes et les facteurs de vie personnelle. Strasen (1992) examine « le concept de soi professionnel », ou l'identité professionnelle, comme la série de croyances et d'images que l'on croit être vraies suite à une socialisation professionnelle, et il note que cela est basé sur le concept de soi individuel, l'un exerçant un effet sur l'autre. Strader et Decker (1995) décrivent les caractéristiques individuelles qui marquent un concept de soi positif, y compris la capacité de surmonter les déceptions, l'orientation future et l'intelligence émotionnelle.

Le cadre national des capacités de leadership en santé LEADS

Le « cadre national des capacités de leadership en santé LEADS » est un modèle de leadership fondé sur la recherche élaboré par des chercheurs à l'Université Royal Roads (Dickson, 2008). Le cadre a été élaboré pour les soins de santé comme moteur du changement nécessaire en raison de pressions de financement, des attentes du public et du changement technologique. Il a été adopté ou approuvé par plusieurs organismes canadiens de soins de santé, qui sont des chefs de file. Ce cadre, qui a offert des données probantes de recherche mises à jour ainsi qu'un soutien pour bon nombre d'éléments des présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires, sera décrit brièvement, car il appuie la section des ressources personnelles.

Le cadre « LEADS » définit les cinq domaines d'un leadership en santé efficace : être son propre Leader, intéresser les autres, obtenir des résultats, développer des coalitions et transformer les systèmes (Dickson, 2008). Le modèle explique comment les capacités en leadership et en gestion peuvent se combiner pour créer et assurer la durabilité du changement. Le modèle utilise une approche de tâches de leadership réparties, c'est-à-dire que les capacités s'appliquent à n'importe qui peu importe le poste ou le titre, et qui peut servir dans tous les rôles de prestation de soins infirmiers à titre officiel ou officieux.

Le lien commun des professionnels de la santé consiste à se soucier de leur santé et de celle d'autrui. Ce souci mène à la prestation du meilleur service possible avec compassion, respect et empathie. La tâche d'un chef est de se faire le promoteur et le champion de cette attitude, et de concevoir des programmes visant à soutenir la santé et le bien-être des responsables, des employés et des citoyens.

Le modèle combine cette préoccupation pour les soins et ce que l'on doit être et faire pour créer du leadership. Le souci est l'identité du système de soins de santé, le « pourquoi » du leadership dans le secteur de la santé au Canada. Les leaders efficaces combinent le souci des soins avec qui ils sont (être) et ce qu'ils font (agissements). L'être reflète les valeurs, les croyances, les hypothèses, la personnalité, le caractère, le but et l'engagement, le savoir et l'éthique d'un chef. Ces éléments qui définissent « l'être » soutiennent les actions de cette personne. Les « agissements » représentent la façon dont l'être est influencé. Lorsque le souci est combiné avec les agissements, un leadership authentique voit le jour dans l'action, et les leaders sont capables d'influencer les actions des autres pour créer un changement significatif (Dickson, 2008).

Être son propre leader : Les responsables automotivés ont la conscience de soi (conscients de leurs hypothèses, valeurs, principes, forces et limites), se gèrent eux-mêmes (assument la responsabilité de leur propre rendement et santé), se perfectionnent eux-mêmes (recherchent activement des occasions et des défis qui permettent l'apprentissage personnel ainsi que la formation et la croissance du caractère), et font preuve de caractère (sont un modèle de qualités telles que l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance).

Intéresser les autres : Les responsables encouragent les autres à se perfectionner et les soutiennent en plus de les mettre au défi dans leur progression vers la réalisation de leurs objectifs personnels et professionnels. Ils contribuent à des organisations saines et créent des milieux favorables à la participation des autres qui ont des occasions de contribuer de façon significative et de s'assurer que les ressources sont disponibles pour remplir leurs obligations. Ils communiquent efficacement en écoutant et en encourageant un échange libre d'information et d'idées à l'aide d'une communication appropriée. Les responsables bâtissent des équipes et facilitent les milieux de collaboration et de coopération pour obtenir des résultats.

Obtenir des résultats : Les responsables axés sur les buts fixent une orientation et inspirent une vision en déterminant, en établissant et en communiquant des attentes et des résultats clairs et significatifs, ainsi qu'en harmonisant stratégiquement les décisions avec la vision, les valeurs et les données probantes. Ils agissent pour mettre en oeuvre des décisions et se comportent en respectant les valeurs organisationnelles afin d'offrir un service efficace, efficient et axé sur le public. Ils mesurent et évaluent les résultats. Les meneurs se tiennent responsables des résultats obtenus en fonction d'indices de référence, exigent que les autres s'en tiennent responsables aussi, et corrigent le tir le cas échéant. Les responsables bâtissent des liens, de la confiance et une signification commune avec des personnes individuelles et des groupes.

Développer des coalitions : Les responsables collaboratifs établissent délibérément des partenariats et des réseaux afin d'obtenir des résultats. Ils bâtissent des liens, de la confiance et une signification commune avec des personnes individuelles et des groupes, et font preuve d'engagement à l'égard des clients et du service. Les responsables facilitent la collaboration, la coopération et les coalitions entre divers groupes et points de vue visant à apprendre à améliorer le service. Ils mobilisent le savoir et utilisent des méthodes pour recueillir des données, encouragent l'échange libre d'information, et se servent de données probantes sur la qualité pour influencer l'action dans l'ensemble du système. Les responsables naviguent à travers les milieux socio-politiques et sont astucieux au plan politique. Ils négocient lors de conflits et mobilisent du soutien.

Transformer les systèmes : Les responsables qui connaissent le succès font preuve d'esprit critique pour transformer les systèmes. Ils pensent de façon analytique et conceptuelle, remettant en question et contestant le statu quo afin de cerner et de résoudre les problèmes, ainsi que de concevoir et de mettre en oeuvre des processus efficaces pour l'ensemble des systèmes et des intervenants. Les responsables encouragent et soutiennent l'innovation, et créent un climat d'amélioration et de créativité continues visant le changement systémique. Ils se tournent stratégiquement vers l'avenir et explorent le milieu à la recherche d'idées, de pratiques exemplaires et de tendances émergentes qui façonneront le système. Les responsables se font les champions du changement qu'ils orchestrent, et contribuent activement aux processus de changement qui permettent d'améliorer la prestation du service de santé.

Le changement

Les responsables sont ceux qui lancent le changement et en reçoivent les effets. En effet, le concept de leadership n'a aucune signification sauf dans le contexte du changement. Même si la gestion suppose une série de compétences et de capacités pour minimiser l'imprévisibilité et apporter de la stabilité à un système, le leadership est la capacité de répondre au changement et de le façonner. Le mélange approprié des deux maintient l'équilibre entre les forces qui créent le changement et celles qui y résistent. À mesure que les forces du changement prennent de l'ampleur, le leadership est nécessaire pour concevoir et façonner l'avenir de ce changement. Le cadre national des capacités de leadership en santé LEADS peut être utilisé comme guide pour les leaders qui souhaitent façonner le changement. Il correspond aux aspects des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de leadership infirmier, qui examinent les changements, offrant un appui et des données probantes supplémentaires pour les stratégies et les processus de changement (voir l'annexe C).

Le site Web du Collège canadien des leaders en santé offre un examen plus exhaustif du cadre LEADS: http://www.cchl-ccls.ca/default_conferences.asp?active_page_id=6492&lang=French.

2.1 Les leaders en soins infirmiers ont une forte identité professionnelle⁶.

Discussion sur les données probantes

Apker et coll. (2003) ont découvert que le soutien offert par les gestionnaires permettait de prévoir l'engagement des infirmières à l'égard de leur organisation, mais non de leur profession. Ceci est à l'opposé du soutien par les collègues, qui prévoit l'engagement professionnel. Les auteurs ont expliqué que les gestionnaires dans l'étude étaient davantage perçus comme des représentants de l'hôpital que de la profession étant donné leur travail axé sur les tâches administratives.

Les leaders en soins infirmiers efficaces sont passionnés pour les soins infirmiers (Upenieks, 2003b). Ils ont une compréhension claire de ce que cela signifie d'être une infirmière et un membre de la profession. Cette identité évolue suite à la formation, à la socialisation au travail et à l'influence de mentors (Blais, Hayes, Kozier et Erb, 2002; Hinshaw, 1986). Le processus de socialisation comporte l'acquisition de valeurs essentielles, y compris l'engagement à l'égard de soins et de milieux de pratique de qualité (ICIS, 2002; OIIO, 2002; Ferguson-Paré et coll., 2002; Mayer et coll., 1995; Upenieks, 2003a; White, 2000) tout en plaçant les patients ou clients en premier (Storch et coll., 2002; White, 2000). D'autres valeurs comprennent l'engagement envers le souci, la justice, l'honnêteté, le respect et l'intégrité (Rousseau et Tijorwala, 1999), la formation, l'autonomie professionnelle et le respect pour les autres (Blais et coll., 2002). Ces traits sont semblables à ceux des responsables transformationnels (Pielstick, 1998). Les leaders en soins infirmiers démontrent de la passion et du respect pour la profession infirmière, ses valeurs, son savoir et ses réalisations (Clifford, 1998; Ferguson-Paré et coll., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Nespoli, 1991; Pederson, 1993; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001; Scott et coll., 1999; Thompson et Bunderson, 2003; Tucker, 2004; Upenieks, 2003b) en vantant la contribution des soins infirmiers aux résultats des patients ou clients (Antrobus et Kitson, 1999; Storch et coll., 2002). Les leaders en soins infirmiers efficaces valorisent et utilisent les connaissances cliniques et professionnelles pour prendre des décisions (Krecji, 1999; White, 2000). Ils sont actifs dans les organismes professionnels (Fletcher, 2001; Krugman, 1989; Scott et coll., 1999; Storch et coll., 2002; Tucker, 2004).

Elle est une responsable puissante. Elle utilise des données pour démontrer son point de vue. [traduction]
~ Upenieks (2002)

Pourquoi une forte identité professionnelle en soins infirmiers est-elle importante pour les leaders en soins infirmiers? De façon croissante, ils doivent être capables de formuler (et aider les autres à formuler) l'impact positif des services de soins infirmiers professionnels sur l'expérience du patient, et des données probantes de recherche sur les résultats des patients. La satisfaction du personnel et son maintien en poste sont de plus en plus associés à un personnel plus expérimenté et de meilleurs résultats pour le patient, tels que la satisfaction du patient, un plus faible niveau d'événements indésirables liés à la mortalité et de complications, et davantage de sécurité (Wong et Cummings, 2007).

2.2 Les leaders en soins infirmiers réfléchissent à la croissance et au développement de leur propres compétences en leadership, et en assume la responsabilité.

Discussion sur les données probantes

Lorsqu'on demande aux infirmières et à leurs chefs de préciser les qualités de leaders efficaces, elles mentionnent toujours les habiletés de communication et d'écoute (Bousfield, 1997; Ferguson-Paré, 1998; Jeans et Rowat, 2005; Pearson et coll., 2004; Perra, 2000; Scott et coll., 1999). Leader en soins infirmiers efficace fait preuve de résilience, de détermination et d'endurance (Ballein Search Partners, 2003; Duxbury et Higgins, 2003; IOM, 2004; Nespoli, 1991; Waite et Richardson, 2004; Ward, 2002) qui sont aussi décrits comme des traits de responsables transformationnels (McGillis Hall et coll., 2005) et qui font partie de l'estime de soi et de la confiance (Waite et Richardson, 2004). Dans une étude sur les infirmières gestionnaires intermédiaires, Judkins (2004) a découvert qu'un niveau élevé d'endurance constituait un facteur prédictif fort de faibles niveaux de stress, et que l'endurance pouvait être acquise. Sullivan, Bretschneider et McCausland (2003) indiquent que la résilience et l'humour permettent de maintenir l'engagement du leader et d'éviter l'apathie lorsque la situation est difficile. L'auto-réflexion et la connaissance de soi sont des ressources personnelles essentielles pour soutenir un leadership efficace (Conchie, 2004; Goleman, 1998; IOM, 2004; Perra, 2000; Ward, 2002).

Les leaders en soins infirmiers font preuve de flexibilité (IOM, 2004; Upenieks, 2003a) et sont à l'aise avec l'ambiguïté, l'incertitude et la complexité (Snow, 2001; Snyderman, 1988; Ward, 2002; White, 2000). En outre, ils sont prêts à prendre des risques (Aldana, 2001; May et coll., 2003; Ward, 2002). Les infirmières efficaces ont été décrites comme ayant une attitude positive et étant abordables (IOM, 2004). Les leaders en soins infirmiers reconnaissent l'importance de travailler en étant soutenus par un cadre moral, leur force interne et la confiance en leurs propres valeurs et croyances (Gaudine et Beaton, 2002; May et coll., 2003; White, 2000) plutôt que d'être motivés par la sécurité, le pouvoir et le prestige (Storch, et coll., 2002; White, 2000). Ils démontrent de l'intégrité morale, reflétée dans leurs actions qui correspondent à leurs croyances (Gaudine et Beaton, 2002; King, 2000; Pielstick, 1998; Upenieks, 2003a; Ward, 2002; White, 2000). Plusieurs auteurs notent l'importance du courage et de la prise de risques (May et coll., 2003; Storch, et coll., 2002; White, 2000).

Upenieks (2002b) note que les infirmières cliniques préfèrent travailler avec des gestionnaires forts. Les pouvoirs officiels et officieux sont des composantes de base de l'habilitation (Goddard et Laschinger, 1997; Kanter, 1993) et du pouvoir personnel (Hatcher et Laschinger, 1996). Dans une étude, un leader en soins infirmiers a affirmé qu'il avait beaucoup de pouvoir à cause de son rôle, mais aussi que le pouvoir réside en soi et est acquis par la confiance en soi et la force intérieure (Upenieks, 2002a). Il a été déterminé que la confiance en soi était une qualité des leaders efficaces (Collins et Holton, 2004; Upenieks, 2002a).

Une étude effectuée par Wieck et coll. (2002), qui comparait les points de vue des infirmières de moins de 35 ans et des infirmières plus âgées, a montré que ce que les deux groupes valorisaient le plus était des qualités semblables chez les leaders : l'honnêteté, les compétences en communication, l'attitude positive et l'accessibilité. Toutes ces qualités ont été associées au leadership transformationnel. Les différences avaient tendance à être associées au fait que les infirmières plus jeunes recherchaient des leaders avec davantage de soutien moral, de qualités permettant de renforcer la confiance et la motivation, de connaissances, et de compétences pour bâtir l'esprit d'équipe.

Bon nombre de caractéristiques attribuées à des leaders en soins infirmiers, telles que la connaissance de soi, la communication, l'élaboration de relations, la résilience, l'optimisme et la vision, sont compatibles avec l'intelligence émotionnelle (Scott et coll., 1999; Sullivan et coll., 2003; Ward, 2002). Ce concept a été initialement décrit par Mayer et Salovey (1990) comme une capacité de reconnaître la signification des émotions et des relations, et d'expliquer et de résoudre des problèmes sur cette base (Vitello-Cicciu, 2003). Il a aussi été développé davantage par Goleman et coll. (2002) qui, à leur avis, comprend la conscience de soi, l'autogestion, la conscience sociale et la gestion des relations. Goleman (1998) a découvert que l'intelligence émotionnelle était deux fois plus importante pour l'excellence en leadership que les compétences techniques et les capacités cognitives. Tant Goleman et coll. (2002) que Salovey et Mayer (1990) suggèrent que l'intelligence émotionnelle peut être développée.

Des lignes directrices pour les programmes de formation en intelligence émotionnelle sont disponibles (Goleman et coll., 2002). D'autres études associent positivement l'intelligence émotionnelle avec le leadership transformationnel (Nicklin, 2001) ainsi qu'avec un leadership efficace (Cadman et Brewer, 2001; Gasper, 1992; IOM, 2004; Snow, 2001). Cummings et coll. (2005) ont découvert que les styles de leadership compatibles avec l'intelligence émotionnelle (les styles inspirants) atténuent les effets de la restructuration hospitalière sur le personnel infirmier, tandis que les styles dissonants, ou non inspirants, intensifiaient l'impact. Les styles de leadership inspirants ont conduit à une réduction significative des symptômes psychosomatiques et d'épuisement émotionnel, à une meilleure santé émotionnelle, à une plus grande collaboration du groupe professionnel et de l'équipe de travail avec les médecins, à davantage de satisfaction professionnelle, et à un nombre réduit de besoins insatisfaits des patients et clients.

Être son propre leader, l'un des cinq domaines d'action dans le cadre national des capacités de leadership en santé LEADS (Dickson, 2008), reflète le besoin pour les leaders d'avoir non seulement la conscience de soi, mais aussi une initiative propre et d'assumer la responsabilité de gérer leur propre rendement et leur propre santé, ainsi que de se perfectionner personnellement tout en démontrant de plus en plus de qualités de caractère telles que l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance.

Il est essentiel que nous considérons le leadership comme un comportement appris avec des compétences particulières plutôt qu'un rôle officiel ou un trait de personnalité. [traduction]

~ Doran, (2012)

2.3 Les leaders en soins infirmiers agissent comme guides et mentors pour développer leurs propres compétences en leadership ainsi que ces compétences chez les autres.

Discussion sur les données probantes

Le développement des compétences en leadership a été décrit comme un processus (Dunham-Taylor, 1995) d'acquisition de compétences et de comportement avec le temps par la formation, le préceptorat et le mentorat (Patrick et White, 2005). Blais et coll. (2002) ont observé que les infirmières qui s'améliorent elles-mêmes travaillent plus efficacement et font la promotion d'une image plus positive de la profession infirmière. Les participants à des études dans le cadre desquelles les infirmières et leurs chefs devaient indiquer les qualités de leaders plus efficaces ont souligné les années d'expérience (Pearson, et coll., 2004; Pederson, 1993; Severinsson et Hallbeerg, 1996), une formation avancée en soins infirmiers (Leach, 2005; Reyna, 1992; Tucker, 2004; Volk et Lucas, 1991; White, 2000) et l'étendue des connaissances (Chiok Foong Loke, 2001; Pearson et coll.,

2004). Altieri (1995) a découvert que les infirmières avec un diplôme d'études supérieures, qui occupaient un poste de cadre, obtenaient des scores transformationnels plus élevés que celles avec un niveau de scolarité moindre. Gelinis et Manthey (1997) ont noté que les leaders en soins infirmiers doivent gérer leur propre perfectionnement professionnel, et qu'il est essentiel pour eux d'avoir la capacité de diriger l'action dans l'ensemble des contextes culturels et des services et de faciliter le travail d'équipe et le changement.

Un certain nombre d'études et d'auteurs traitent du perfectionnement professionnel continu nécessaire pour améliorer les compétences en leadership. On souligne particulièrement le fait que les leaders en soins infirmiers doivent posséder des connaissances fondées dans les soins infirmiers cliniques (Antrobus et Kitson, 1999; Reyna, 1992; Tucker, 2004) afin d'avoir de la crédibilité auprès de leurs collègues, et de comprendre tant le contenu que le contexte des soins, des systèmes et des organisations (Ferguson-Paré et coll., 2002). Antrobus et Kitson (1999) insistent sur le fait que le savoir infirmier doit être une composante centrale des programmes de développement du leadership de façon à ce que les leaders en soins infirmiers puissent développer une pratique en soins infirmiers et expliquer les connaissances de la profession infirmière.

Dans une étude finlandaise, les infirmières gestionnaires (Suominen, Savikko, Puukka, Doran, et Leino-Kilpi, 2005) ont affirmé qu'elles avaient besoin de formation pour améliorer leurs compétences en recherche et en leadership ainsi que dans leur travail en groupe pour résoudre les problèmes. De même, dans une étude sur les gestionnaires canadiens, les participants souhaitaient être formés en recherche (Udod et Care, 2004). Un certain nombre d'auteurs ont signalé l'importance d'un fort sens d'entreprise (Antrobus et Kitson, 1999; Gelinis et Manthey, 1997), la capacité d'utiliser des données quantitatives pour justifier la dotation, et le fait d'être perçu comme crédible auprès de l'équipe de leadership (Upenieks, 2002a). Les infirmières gestionnaires intermédiaires et au point de service indiquent que lorsque les leaders en soins infirmiers principaux utilisaient des données quantitatives de façon compétente, ils constataient une amélioration de leur utilisation de données financières dans leur processus décisionnel (Upenieks, 2002a).

Les leaders en soins infirmiers doivent posséder des connaissances étendues sur :

- Les soins infirmiers professionnels (Bousfield, 1997; Ferguson-Paré et coll., 2002; Pearson et coll., 2004; Severinsson et Hallberg, 1996; Wolf, 1996).
- Le leadership (Bousfield, 1997; Ferguson-Paré et coll., 2002; Ferguson-Paré, 1998; Jeans et Rowat, 2005; Severinsson et Hallberg, 1996; Wolf, 1996).
- La philosophie (Pearson et coll., 2004).
- La littérature sur l'éthique, et l'éthique elle-même (Silva, 1998; Storch et coll., 2002).
- Les processus de groupe (Pearson et coll., 2004) et le renforcement de l'esprit d'équipe (Gelinis et Manthey, 1997).
- Le développement humain et moral (Pearson et coll., 2004).
- Les affaires et la gestion (Antrobus et Kitson, 1999; Gelinis et Manthey, 1997; Krecji, 1999; Upenieks, 2003b; White, 2000; Wolf, 1996).
- La gestion du changement (Gelinis et Manthey, 1997).
- Le renforcement de l'esprit d'équipe (Jeans et Rowat, 2005).
- La direction d'effectifs diversifiés (Srivastava, 2005).
- La recherche et l'utilisation des résultats de recherche (Udod et Care, 2004).

Selon plusieurs études, l'encadrement est une stratégie utile pour développer des compétences en leadership. D'après Donner et Wheeler (2009), l'encadrement comporte une « relation collaborative entreprise entre un instructeur compétent (guide) et une personne qui souhaite une telle démarche (client). L'encadrement est limité dans le temps et axé sur un sujet précis, et utilise la conversation pour aider les clients (personnes individuelles ou groupes) à atteindre leurs objectifs » [traduction] (p. 9). Nous avons découvert peu de données probantes fondées sur la recherche qui soutiennent la mise en oeuvre d'un programme d'encadrement, même si nous avons cherché au-delà de la littérature examinée initialement. Selon une étude, un programme d'encadrement officiel par les pairs, offert au personnel sur une période de quatre ans dans un

grand centre de santé universitaire, a permis de développer des compétences en leadership associées à la communication, à l'écoute efficace et à l'engagement de la part du personnel (Sabo, Duff, et Purdy, 2008). McNally et Lukins (2006) ont évalué un programme d'encadrement offert sur une période de six mois à des gestionnaires et des directeurs cliniques (individuellement et en groupe). Tous les participants ont signalé une hausse de compétence et de confiance dans leur rôle suite au programme, et plus de la moitié ont indiqué l'intention de poursuivre leur rôle de leadership.

Le mentorat en soins de la santé, et surtout en soins infirmiers, est de plus en plus reconnu comme essentiel pour préparer de nouveaux leaders. Le mentorat est considéré comme un élément clé dans la planification de carrière, c'est-à-dire un outil pour le perfectionnement professionnel qui a un impact positif sur la satisfaction professionnelle, le maintien en poste et la planification de la relève (Cooper et Wheeler, 2010; AIIC, 2004; Cummings et coll., 2008). Le mentorat est nécessaire pour les leaders en soins infirmiers émergents dans des rôles cliniques, administratifs, de recherche et de formation, en portant attention au besoin d'intégrer la technologie dans tous les secteurs de la pratique de soins infirmiers, et pour habiliter le mentorat lui-même.

Les fondements théoriques du mentorat sont enracinés dans un certain nombre de théories relationnelles. Cooper et Wheeler (2007) ont créé un modèle de relations de mentorat en cinq phases, qui peut servir à guider les relations de mentorat dans tous les rôles de soins infirmiers et pour la planification de la relève en leadership (Redman, 2006).

Taylor, Sylvestre et Botschner (1998) ont noté que les gens qui croient avoir accès à des soutiens sociaux de la part d'autres personnes vivent une existence plus saine et font face plus efficacement au stress. Les leaders en soins infirmiers ont signalé que les mentors représentent d'importants soutiens dans le développement et la durabilité de leur capacité de leadership (Ballein Search Partners, 2003; Cronkhite, 1991; Gaudine et Beaton, 2002; Madison, 1994; Tucker, 2004; Walsh et Clements, 1995; Ward, 2002; White, 2000). Dans une étude sur des infirmières administratrices principales, Madison (1994) a découvert que 97 pour cent des répondantes attribuaient le changement dans leur vie professionnelle ou personnelle à la présence d'un mentor, 74 pour cent affirmant que le mentor avait contribué à modifier leur confiance en elle-même, et 65 pour cent, que leur conscience d'elle-même s'était accrue. D'autres changements signalés comprenaient une hausse de la prise de risques, une amélioration de la pensée globale, une augmentation de l'estime de soi et de l'enrichissement de la tâche, la croissance professionnelle et une amélioration du rendement à titre de gestionnaire. Une méta-analyse effectuée par Allen, Eby, Potet, Lentz et Lima (2004) a montré que le mentorat associé à l'apprentissage visant à connaître une organisation et ses possibilités, et le mentorat qui offre un soutien interpersonnel ont tous deux permis d'obtenir des résultats positifs tels qu'une rémunération accrue, des promotions et la satisfaction au travail et dans la carrière. Dans le cadre d'une étude par Walsh et Clements (1995), les participants ont signalé une confiance en soi et une estime de soi accrues à la suite d'une relation de mentorat. Les infirmières soignantes ont inclus l'accès aux mentors dans les cinq meilleurs soutiens pour le développement des compétences en leadership (Jeans et Rowat, 2005).

2.4 Les leaders en soins infirmiers cultivent des soutiens sociaux professionnels et personnels.

Discussion sur les données probantes

Scott et coll. (1999) et Storch et coll. (2002) ont affirmé qu'il est important pour les infirmières d'être engagées activement dans des organismes professionnels, qui aident les gens à demeurer au courant des enjeux associés aux soins infirmiers et à avoir accès au soutien par les pairs. Dans une étude sur des leaders établis (Tucker, 2004), les participants ont déclaré que les mentors et l'engagement dans des organismes et des réseaux professionnels les ont tenus informés sur les enjeux et les tendances, et les ont aidés à acquérir des compétences en matière de politique.

Les leaders en soins infirmiers ont signalé l'importance du soutien offert par des amis, un conjoint, des membres de leur famille et des collègues (Cronkhite, 1991; Fenton, 1988; Gaudine et Beaton, 2002; Ward, 2002), et particulièrement des collègues possédant des qualités transformatrices (Ward, 2002). Lindholm et coll. (2003) ont étudié les relations dans le contexte des réseaux professionnels, des ressources psychosociales et de l'auto-évaluation de la santé. Ils ont découvert que les infirmières gestionnaires dont le travail était très exigeant, et les réseaux professionnels, la participation sociale ainsi que le soutien émotionnel à un niveau peu élevé, étaient plus susceptibles de s'attribuer une faible cote en matière de santé. Cependant, les infirmières gestionnaires dont le travail était exceptionnellement exigeant avaient des chances élevées de s'attribuer une faible cote en matière de santé peu importe le soutien psychosocial ou les réseaux professionnels. Ces auteurs suggèrent que les exigences du poste des infirmières gestionnaires pourraient dépasser un niveau où le soutien est suffisant, et une exploration des facteurs contribuant à une auto-évaluation de la santé à un faible niveau est nécessaire.

Upenieks (2002a) a affirmé que les équipes infirmières cohésives, qui ont des objectifs en commun, se consacrent à l'organisation et à l'une envers l'autre, et travaillent en équipe de façon interdépendante, constituent des soutiens pour le leadership infirmier.

Recommandations relatives à la formation

3.0 Les programmes de formation offrent des occasions officielles et officieuses de développement du leadership chez les membres de la profession infirmière.

Discussion sur les données probantes

Un certain nombre de rapports demandent davantage d'occasions de développement du leadership (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Bauman et coll., 2001).

Les compétences en leadership sont nécessaires dans tous les secteurs et les rôles infirmiers. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002) a affirmé qu'il n'y a pas suffisamment d'infirmières qui acceptent des postes de gestion et de leadership. Laschinger et coll. (2012) prévoient une pénurie de 4 200 infirmières gestionnaires au cours de la prochaine décennie. Traditionnellement, les leaders en soins infirmiers étaient promus à partir des rangs des infirmières soignantes, généralement à cause d'un rendement clinique supérieur, et moins en raison de leur capacité à diriger. Après avoir étudié les qualités souhaitées chez les leaders dans une population d'infirmières et d'étudiants de moins de 35 ans, Wieck et coll. (2002) ont conclu que l'intérêt pour les possibilités entrepreneuriales, l'emploi à court terme et l'équilibre travail/vie pourraient signifier que ces personnes ne seraient pas attirées par des carrières de prestation de soins de santé pendant toute leur vie, et particulièrement pas par des postes de leadership.

L'article de synthèse de Kilty (2003) sur le développement du leadership infirmier au Canada examine de façon détaillée les ressources et les programmes disponibles pour la formation de leaders en soins infirmiers. Bon nombre de programmes de 1^{er} cycle pour les membres de la profession infirmière comprennent des cours de gestion ou de leadership, généralement au cours de la troisième ou de la quatrième année. Même si quelques universités offrent des certificats post-scolaires de leadership et de gestion, ou des programmes pour infirmières et autres leaders en soins de la santé, rares sont celles qui s'intéressent au leadership infirmier au niveau de la maîtrise. Au moment de la publication des lignes directrices initiales sur les pratiques exemplaires, il n'existait qu'un programme autonome pour le développement du leadership infirmier au Canada, soit au Dorothy M. Wylie Nursing Leadership Institute (Simpson, Skelton-Green, Scott et O'Brien-Pallas, 2002). Depuis ce temps, un certain nombre de programmes officiels ont été lancés et évalués.

Lee et coll. (2010) ont examiné les effets d'une initiative de développement du leadership sur l'épuisement de l'infirmière gestionnaire. Le programme de formation a permis une plus grande utilisation des pratiques de leadership transformationnel, ce qui, par la suite, a été associé à une réduction de l'épuisement émotionnel et du cynisme. La capacité de gérer sa charge de travail est demeuré un facteur prédictif significatif de l'épuisement, mais le sens communautaire et les réseaux de soutien créés pendant le programme de formation n'ont eu qu'un effet limité. En se fondant sur l'examen du programme, les auteurs ont recommandé des stratégies pour améliorer le développement des compétences en leadership :

- compléter les séances de formation avec de l'encadrement et du mentorat en leadership professionnel;
- encourager la modélisation de rôle positif;
- réserver du temps pour le développement éducatif;
- formuler des attentes claires sur la façon dont le programme d'enseignement se traduira en comportement dans la pratique;
- inclure des occasions d'appliquer ce qui a été appris (Lee et coll., 2010).

MacPhee a utilisé une conception longitudinale pour faire le suivi de participants au British Columbia Nursing Leadership Institute (BCNLI, 2007–10). Les participants étaient surtout des gestionnaires de première ligne qui possédaient moins de trois ans d'expérience en leadership. L'Institut a offert un programme de résidence de quatre jours, dans le cadre duquel les

participants ont élaboré un projet de changement qu'ils ont mis en oeuvre après l'événement et présenté un an plus tard à l'occasion d'un suivi (MacPhee et Bouthillette, 2008). Les auteurs ont conclu que les leaders en soins infirmiers pouvaient acquérir des compétences pour gérer le changement avec succès dans leur organisation, même en présence de pénuries de ressources considérables.

Maslove et Fooks (2004) ont déclaré que, même si des programmes de développement du leadership étaient disponibles pour les infirmières lorsqu'elles avaient accédé à des postes de gestionnaire, peu de programmes étaient disponibles pour le personnel au point de services. L'étude d'un programme de leadership pour infirmière soignante, pendant une période de quatre ans, a révélé des changements positifs dans le comportement de leadership des infirmières. Le programme comportait un jeu de rôle, une rétroaction et des mentors, et il était associé à des objectifs personnels et une évaluation du rendement. Les patients ou les clients et leur famille ont signalé une confiance et une satisfaction accrues à l'égard des soins. Les infirmières ont signalé une croissance personnelle ainsi qu'une confiance en soi et une affirmation de soi améliorées. Elles se sont perçues comme étant plus efficaces, organisées et habilitées. Elles ont indiqué qu'elles percevaient de meilleures relations avec des collègues et dans le travail d'équipe, une amélioration des compétences de négociation et de la responsabilisation, et une prise de conscience du système de santé dans son ensemble (Wolf, 1996).

Cunningham et Kitson (2000a, 2000b) ont évalué un programme de développement du leadership clinique axé sur les aspects pratique, expérientiel et du travail, en insistant sur l'acquisition de compétences et sur les attitudes, les valeurs et le comportement nécessaire pour créer des leaders. Le leadership transformationnel a été sélectionné à titre de style de leadership le plus approprié. Les résultats obtenus par le programme ont révélé une augmentation de la capacité de leadership en utilisant le rapport personnel et le rapport du personnel du service, une meilleure approche axée sur le patient ou client, et une amélioration de la confiance à l'égard du leader.

3.1 Les programmes de leadership infirmier incorporent des modèles et des théories fondés sur des données probantes.

Discussion sur les données probantes

En s'appuyant sur un groupe de 24 études qui ont évalué l'impact du style de leadership sur la satisfaction au travail des infirmières, Cummings et coll. (2010) recommandent d'utiliser des théories et des modèles axés sur les personnes et les relations, tels que le leadership transformationnel et inspirant. Dans un autre examen par Wong et Cummings (2007), les auteurs suggèrent le leadership transformationnel qui, utilisé comme stratégie organisationnelle, pourrait améliorer les résultats positifs du patient. Weberg (2010) a indiqué qu'il existait suffisamment de données probantes pour que les pratiques du leadership transformationnel puissent réduire l'épuisement du personnel et augmenter la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel. De même, Doran et coll. (2012) recommandent aussi l'utilisation de cadres fondés sur le leadership transformationnel ou des modèles relationnels pour les infirmières dans des rôles de pratique clinique. Ceci inclurait le cadre national des capacités de leadership en santé LEADS (Dickson, 2008), le leadership transformationnel, la théorie de l'humain en devenir et le modèle de leadership de Kouzes et Posner (Kouzes et Posner, 1988; 1995).

En se fondant sur la littérature examinée pour ces lignes directrices et le consensus du comité d'experts, le Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier (voir la figure 2 à la page 16) peut aussi être utilisé pour guider l'élaboration de programmes de leadership éducatifs étant donné que le modèle met en vedette les pratiques transformationnelles.

Concepts clés à explorer dans les programmes éducatifs pour développer le leadership infirmier :

- Le système de santé canadien, y compris les facteurs sociaux, économiques et politiques qui ont un impact sur ce système aux niveaux national, provincial et régional.
- Le processus politique, y compris la persuasion politique et l'impact des infirmières à tous les niveaux de gouvernance.
- Le développement historique des professions de la santé et leur influence sur la profession infirmière.
- L'élaboration de politiques sociales et en santé, et la réforme aux niveaux national, provincial et local.
- Les approches actuelles de modèles de prestation de services de santé (p. ex., la gestion des soins, de la concurrence).
- Les rôles des organismes professionnels et leur influence sur les membres de la profession infirmière et la prestation des services.
- Les enjeux et les priorités actuelles et émergentes pour le service et la politique en matière de santé

3.2 Les programmes de leadership infirmier offerts dans le cadre d'études de 1^{er} cycle, d'études supérieures ou de formation continue comprennent des occasions officielles et officieuses de développement des compétences en leadership.

Discussion sur les données probantes

Les programmes officiels de développement du leadership ont démontré des résultats positifs. Collins (2002), qui a effectué une méta-analyse des programmes de leadership au niveau de la gestion, de 1982 à 2002, a découvert que les programmes de leadership officiels étaient efficaces relativement aux résultats en matière de connaissances. En évaluant un programme de leadership pour infirmière gestionnaire, Wolf (1996) a observé des résultats semblables et a conclu que les participants devaient avoir davantage d'occasions de pratiquer leurs nouvelles compétences, et qu'il était nécessaire de déterminer les résultats organisationnels à long terme.

Stratégies proposées pour la formation de leaders

- Soutenir les demandes et les placements pour les Bourses d'étude en pratique clinique avancée de l'AIIO⁶.
- Inclure un élément de stage en leadership dans la formation de base, au niveau du baccalauréat et au niveau des cycles
- Concevoir des séances de formation en leadership auxquelles assistent les mentors et les mentorés ensemble
- Prévoir des groupes de soutien et de discussion pour les nouveaux leaders ou ceux qui guident le changement ou de nouveaux projets, afin d'échanger des stratégies et des idées avec des leaders expérimentés

Stratégies pour gérer la complexité et équilibrer les valeurs et les priorités concurrentes

Stratégies individuelles

- Utiliser l'auto-réflexion pour cerner les valeurs personnelles.
- Utiliser des cadres d'éthique pour faciliter la clarification et le processus décisionnel.
- Utiliser des études de recherche et des données sur les résultats du patient et du client afin de soutenir la dotation, le mélange de compétences et les heures de soins de santé (Upenieks, 2002a).
- Informer les membres du conseil d'administration et de l'équipe de gestion au sujet du lien entre les milieux de travail en soins infirmiers et les résultats du patient ou client, y compris l'impact des niveaux de dotation (IOM, 2004; Storch et coll., 2002).
- Former des alliances avec des groupes et des personnes aux vues similaires.
- Vérifier la compatibilité entre la philosophie personnelle et les croyances d'une organisation avant d'accepter le rôle (Englebart, 1993).

Stratégies pour l'équipe, le service ou l'organisation

- Élaborer et soutenir une philosophie et un énoncé de mission qui valorisent les soins infirmiers et font passer les patients et les clients en premier.
- Introduire des modèles de gouvernance qui encouragent l'échange d'information et un processus décisionnel commun (Rosengren, Bondas, Nordholm et Nordstrom, 2010).
- Créer des comités pour examiner l'affectation des ressources (Renz et Eddy, 1996).
- Établir des forums pour examiner les préoccupations éthiques, y compris les cliniques d'éthique officielles ou officieuses, ainsi que les comités d'éthique (Gaudine et Beaton, 2002; Renz et Eddy, 1996; Silva, 1998; Storch et coll., 2002).
- Élaborer des politiques de dénonciation⁶ (AICC, 2001; Erickson, et coll., 2003).
- Déterminer les polarités dans les situations complexes et cartographier des stratégies pour les gérer (Johnson, B., 1996).

Recommandations relatives à l'établissement

4.0 Les organisations de soins de santé offrent du soutien au leadership infirmier efficace.

Les soutiens organisationnels pour un leadership efficace comprennent ce qui suit :

- Une culture organisationnelle qui respecte et soutient les soins infirmiers professionnels.
- L'accès au pouvoir officiel par un poste, l'accès aux ressources, l'information et la pratique autonome.
- L'accès au pouvoir officieux par des réseaux et des relations.
- Le soutien de la croissance et du perfectionnement professionnels ainsi que des occasions de leadership.
- Un travail d'équipe respectueux et collaboratif (Laschinger et coll., 2003; Laschinger et coll., 2004).

Discussion sur les données probantes

Même si Pearson et coll. (2004) ont indiqué que la recherche de haute qualité sur l'impact direct des milieux de travail sur le développement et le soutien du leadership infirmier était limitée, il existe une certaine quantité de données probantes à ce sujet. Les participants à une étude canadienne par Jeans et Rowat (2005), incluant des infirmières au niveau de la direction, des gestionnaires et des membres du personnel soignant, ont signalé des éléments facilitants dans l'acquisition de compétences en leadership, y compris des milieux qui soutiennent le travail, des attentes claires et raisonnables, un équilibre travail/vie, des charges de travail raisonnables et l'accès à des programmes de formation en gestion.

Certaines études ont révélé une relation entre l'habilitation dans le lieu de travail et un leadership infirmier efficace (Hatcher et Laschinger, 1996; Laschinger et Shamian, 1994; Upenieks, 2003b). Laschinger et Shamian (1994) ont signalé un lien fort entre les perceptions des infirmières gestionnaires au plan de l'habilitation et l'auto-efficacité pour le leadership. En 2004, Laschinger, Almost, Purdy et Kim ont découvert que les milieux de travail habilités, avec un accès au soutien, aux ressources, aux relations interpersonnelles fortes et aux occasions de croissance, étaient associés à un plus faible niveau d'épuisement des infirmières gestionnaires ainsi qu'à une meilleure santé physique et mentale. Cette étude a également révélé que les gestionnaires avaient besoin d'une formation continue pour se perfectionner dans leur rôle.

Dans le cadre d'une étude comparant les leaders en soins infirmiers au sein d'organisations qui attirent ou non le personnel infirmier, Upenieks (2003a) a cerné des facteurs organisationnels particuliers (tableau 1) qui soutiennent les leaders en soins infirmiers et encouragent le leadership clinique en permettant aux infirmières d'utiliser leurs compétences, leurs connaissances et leurs habiletés en soins cliniques. De même, une étude effectuée dans un milieu de soins de longue durée par McGilton et coll. (2004) a révélé que la capacité des superviseurs des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées à offrir du soutien était influencée par l'accès aux fournitures, le financement et la dotation, des descriptions de rôles claires et un appui administratif suffisant, ainsi que par le soutien de la haute direction.

Boyle et Kochinda (2004) ont découvert que les perceptions des médecins et des infirmières en matière de leadership infirmier et de résolution de problème dans les groupes se sont améliorées de façon significative après une formation en communication collaborative suivie par les infirmières et les médecins responsables.

Krugman (1989) a signalé qu'un climat de gestion participative caractérisé par un processus décisionnel de groupe, une communication interactive et un contrôle décentralisé a permis d'améliorer l'image professionnelle et le sentiment de professionnalisme du leader en soins infirmiers. Ceci correspond aux éléments de Kanter d'habilitation structurelle (Laschinger et coll., 2003) et aux attributs des milieux de pratique professionnelle liés à des résultats positifs pour les patients, les clients et les infirmières (Aiken, Smith et Lake, 1994; Baird et St-Amand, 1995; Upenieks, 2002c).

Catégories d'analyse déductive		Compatibles avec les caractéristiques des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier
Catégorie centrale	Définition	
1. Climat de soutien organisationnel.	L'administration hospitalière valorise les soins de qualité offerts aux patients et l'excellence en soins infirmiers, et accorde une très haute valeur et priorité au service en soins infirmiers. Le milieu hospitalier soutient la pratique infirmière professionnelle.	
2. Relations collaboratives entre les infirmières et les médecins.	Les infirmières et les médecins travaillent en équipe, se servant des compétences des uns et des autres pour offrir des soins de qualité aux patients, et joignent leurs efforts intellectuels pour la prestation de soins de qualité.	
3. Climat d'autonomie.	Les infirmières peuvent assumer le commandement de leur savoir spécialisé, sont responsabilisées et ont autorité pour prendre des décisions. Les infirmières sont habilitées pour poursuivre l'acquisition de connaissances et de compétences dont profitent les soins aux patients.	
4. Échelles cliniques/formation continue.	La possibilité d'avancement dans la structure organisationnelle. On offre aux infirmières des cours de perfectionnement en soins infirmiers et/ou du soutien et/ou un remboursement lorsqu'elles entreprennent une formation supérieure.	
5. Gestion participative.	Le processus décisionnel décentralisé se retrouve au niveau du service (c.-à-d. les décisions concernant l'horaire et l'utilisation des ressources), et les infirmières disposent d'autant de pouvoir discrétionnaire que possible pour organiser les soins.	
6. Dotation suffisante.	Les rapports de dotation sont suffisants pour les services de soins infirmiers en fonction des besoins en soins actifs.	

Tableau 1. Facteurs organisationnels particuliers qui soutiennent les leaders en soins infirmiers et encouragent le leadership clinique

4.1 Les organisations de soins de santé respectent les professionnels que sont les membres du personnel infirmier et leur contribution à la prestation de soins.

Discussion sur les données probantes

Un certain nombre d'études et de rapports révèlent que les infirmières ont l'impression qu'on leur manque de respect sur le lieu de travail (Bauman et coll., 2001; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Cronkhite, 1991; Gaudine et Beaton, 2002; Storch et coll., 2002). Des démonstrations visibles de respect à l'égard des infirmières et d'équité au travail ont été associées à l'habilitation (Laschinger, 2004). Ces démonstrations conduisent à de meilleures relations interpersonnelles et à une plus grande confiance envers les leaders (Laschinger, 2004), ce qui améliore l'efficacité de ces derniers. Lorsque les infirmières contribuent aux soins des patients et des clients (White, 2000), elles signalent une réduction de leur épuisement émotionnel, une meilleure santé émotionnelle ainsi qu'une amélioration de leur capacité à répondre aux besoins des patients ou clients en matière de soins.

Devine et Turnbull (2002) ont organisé une série de groupes de discussion dans quatre centres canadiens importants, demandant aux infirmières de définir un milieu respectueux. Leurs réponses sont les suivantes :

- un milieu où l'on ne s'attend pas à ce que les infirmières travaillent « n'importe où », peu importe leur formation et leur expérience;
- un milieu où les niveaux de dotation correspondent à la charge de travail;
- un milieu qui inclut les infirmières dans le processus décisionnel organisationnel;
- un milieu où la gestion des infirmières est la responsabilité de personnes ayant des antécédents en soins infirmiers;
- un milieu qui a une tolérance zéro relativement au comportement abusif envers les infirmières;
- un milieu qui offre des occasions de perfectionnement professionnel.

Stratégies visant à montrer du respect aux infirmières à titre de professionnelles

- 4.1a. Nommer une leader en soins infirmiers principal au niveau de la direction.
- 4.1b. Embaucher des infirmières comme gestionnaires au point de service.
- 4.1c. Embaucher des leaders en soins infirmiers possédant une formation et des titres professionnels appropriés.
- 4.1d. Soutenir la stabilité du leadership infirmier.
- 4.1e. Reconnaître les contributions des infirmières aux résultats organisationnels et du patient.
- 4.1f. Former et encourager des responsables transformationnels ayant des styles de leadership inspirants : visionnaire, capable d'encadrer, capable de former des alliances et démocratique.

4.1a. Nommer une leader en soins infirmiers principal au niveau de la direction

Discussion sur les données probantes

Les leaders en soins infirmiers ont un rôle important à jouer dans la conception de systèmes de soins qui permettent aux infirmières de participer au processus décisionnel clinique et organisationnel pour offrir de meilleurs soins (Aiken et coll., 1994; Clifford, 1998). Les systèmes qui n'ont pas réussi à assurer la satisfaction des dispensateurs de soins ainsi que celle des patients ou des clients ont été reconnus comme des facteurs majeurs dans deux situations de pénurie nationale d'infirmières aux États-Unis à la fin des années 1980 (Clifford, 1998).

Un certain nombre de rapports et d'auteurs qui se sont penchés sur les soins infirmiers recommandent de nommer des titulaires de postes infirmiers de direction, comportant la responsabilisation pour la pratique et les activités infirmières et les commentaires sur la gouvernance (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2002; Bliss-Holtz, Winter et Scherer, 2004; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Clifford, 1998; IOM, 2004; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001). Au Québec, la législation provinciale exige qu'un membre de la profession infirmière occupe le poste de direction des soins infirmiers dans les organismes de soins de santé, et que chaque institution employant cinq infirmières ou plus ait un conseil de membres du personnel infirmier, qui doit rendre compte au conseil d'administration (Gouvernement du Québec, 1994).

En Ontario, les organismes dirigeants doivent adopter des règlements pour la nomination d'un membre du personnel infirmier au poste de chef de direction des soins infirmiers^c, ainsi que pour les responsabilités de ce rôle (Loi sur les hôpitaux publics, 1990). Dans une étude des progrès réalisés suite aux recommandations citées dans le rapport du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers intitulé *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, Maslove et Fooks (2004) ont signalé que, même si bon nombre d'organisations ont des postes supérieurs de leadership infirmier, les personnes nommées à ces postes ne font pas toujours partie de l'équipe de gestion principale.

Il a été démontré que les postes de leadership, disposant de suffisamment de ressources et de contrôle sur la pratique, étaient un facteur prédictif de la satisfaction professionnelle et du maintien en poste des infirmières, et permettaient des soins de meilleure qualité (Aiken et coll., 2001). Le fait d'avoir un membre de la profession infirmière au plus haut niveau du processus décisionnel organisationnel est une qualité des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier, et constitue une exigence d'admissibilité pour l'agrément de ces hôpitaux (Bliss-Holtz et coll., 2004). Un leader en soins infirmiers principal très visible et accessible contribue à favoriser la reconnaissance du travail des infirmières et permet à ces dernières d'exprimer leurs points de vue et de se sentir davantage habilitées (Clifford, 1998; Matthews, Lashinger et Johnstone, 2006). L'indice de travail infirmier révisé mesure les caractéristiques des milieux de soins infirmiers professionnels, y compris la présence d'un chef de direction des soins infirmiers qui est très visible, accessible au personnel et égal au plan du pouvoir et de l'autorité aux cadres supérieurs de l'hôpital (Aiken et Patrician, 2000).

Le rapport de l'Institute of Medicine (IOM, 2004) associe les milieux de travail des infirmières à la sécurité du patient ou du client, et recommande aux organisations de nommer des leaders en soins infirmiers à tous les niveaux de gestion. Les auteurs de ce rapport n'ont pas découvert de données probantes appuyant une structure organisationnelle particulière pour le leadership infirmier, mais recommandent « un leadership infirmier clinique bien préparé au plus haut niveau de gestion » [traduction] (p. 134). Clifford (1998) appuie le fait que leader en soins infirmiers principale doit être capable de définir une orientation commune pour les soins infirmiers. Le rôle de ce leader est de participer aux décisions de la direction, de représenter le personnel soignant, de faciliter la communication avec les infirmières et leurs commentaires sur la conception des processus de travail et du déroulement des tâches, et de fournir les ressources nécessaires pour soutenir les besoins en information et en connaissances sur les soins infirmiers (IOM, 2004). Clifford (1998) a déclaré que le personnel clinique devrait être capable de communiquer avec l'organisation par l'entremise de leader en soins infirmiers principal en raison de la disparition des services de soins infirmiers traditionnels. Cela est particulièrement vrai dans le cas d'organisations qui possèdent une structure de gestion de programme.

Clifford (1998) a noté que le leader en soins infirmiers principal doit avoir accès à des partenaires tels que les chefs des services médicaux dans chaque programme, le directeur général ou directrice générale et le chef des services financiers. Burner (1983) a découvert que le placement de l'infirmière en chef dans l'organisation exerçait un effet sur les relations entre les infirmières et les médecins, et sur la sécurité et la compétence des soins infirmiers. Crossley (1993) a signalé que les conflits entre les rôles et l'ambiguïté avaient diminué de façon constante lorsque des leaders en soins infirmiers principales travaillaient étroitement avec l'organisme dirigeant de l'organisation.

4.1b. Embaucher des infirmières pour les rôles de gestionnaire au point de service lorsque les soins infirmiers représentent l'activité principale

Discussion sur les données probantes

Plusieurs rapports recommandent que, si les soins infirmiers sont la principale activité d'une organisation, ou que la masse critique du personnel est constituée d'infirmières, le poste de direction du point de service soit occupé par un membre de la profession infirmière (AACN, 2002; Bauman, et coll., 2001; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Registered Nurses Association of British Columbia, 2001). Les soins infirmiers constituent une discipline pratique, une profession fondée sur des normes, la formation de nouveaux praticiens, la recherche et l'utilisation des données probantes. Le leadership doit replacer dans son contexte les valeurs et les croyances fondamentales des soins infirmiers (Ferguson-Paré et coll., 2002). Nightingale croit que « seules les personnes formées en sciences infirmières sont qualifiées pour diriger et former d'autres membres de la profession » [traduction] (Woodham-Smith, 1951).

La restructuration et la gestion de programme ont contribué à éliminer les structures traditionnelles des services de soins infirmiers (Ferguson-Paré et coll., 2002), et les leaders en soins infirmiers reconnaissables dans bon nombre d'organisations. Clifford (1998) a découvert que des changements continus dans les organismes de santé ainsi que des charges de travail importantes ont eu un impact sur le personnel clinique. Ils se tournent vers l'avis des leaders et cherchent un leader capable de surveiller la qualité des soins et les besoins en perfectionnement du personnel. Clifford (1998) a constaté que les infirmières gestionnaires qui relèvent de gestionnaires non cliniciens ont besoin de leur expliquer l'aspect clinique de leurs fonctions. Dans le cadre de six groupes de discussion menés dans trois grandes villes canadiennes, des infirmières soignantes ont signalé que les gestionnaires non infirmiers ne comprennent pas leurs préoccupations relatives aux soins des patients ainsi qu'aux enjeux opérationnels ou n'en tiennent pas suffisamment compte (2002). Baumann et coll. (2001) ont constaté que sans un leadership professionnel, la mauvaise pratique des soins infirmiers risque de passer inaperçue.

4.1c. Embaucher des leaders en soins infirmiers qui possèdent la formation, l'expérience et les attestations convenant aux fonctions

Discussion sur les données probantes

L'American Association of Colleges of Nursing (2002) recommande d'embaucher des personnes pour des fonctions de leadership infirmier qui ont la formation et les attestations (p. ex., agrément requis ou études supérieures préparatoires) qu'exigent leurs fonctions de cadre et de spécialiste. Plusieurs études ont constaté que les leaders en soins infirmiers qui ont fait des études supérieures étaient considérés comme plus efficaces dans l'exercice de leurs fonctions (Altieri, 1995; Pederson, 1993; Reyna, 1992; Volk et Lucas, 1991; White, 2000).

4.1d. Reconnaître et promouvoir l'importance de la stabilité du leadership infirmier

Discussion sur les données probantes

La stabilité du leadership infirmier appuie les relations personnelles, la confiance, la communication ouverte entre les leaders et le personnel de même qu'entre les leaders et leurs collègues, ce qui se traduit par une mise en commun des connaissances (Bryman, Brensen, Beadsworth, Ford et Keil, 1987; Coff et Rousseau, 2000). Le pouvoir non officiel des leaders en soins infirmiers, qui a été lié à l'habilitation et à l'efficacité personnelle, provient de la crédibilité et des alliances avec des membres de l'organisation (Kanter, 1993; Upenieks, 2002a), qui se développent tous deux au fil du temps. Une étude méthodique des études de recherche qui examinaient les effets de la restructuration sur les infirmières a démontré une baisse de satisfaction face au superviseur, causée par les changements au niveau de la relation et une perte de confiance envers la direction (Coile, 1999).

Le roulement fréquent du leadership infirmier au sein de l'organisation est déstabilisant pour le personnel (Cummings et Estabrooks, 2003) et est probablement le signe d'un milieu de travail malsain. L'engagement d'une organisation envers la stabilité du leadership indique un engagement envers les soins infirmiers et une confiance de la direction supérieure envers les leaders dans ce domaine. Cet engagement est parfois considéré comme un filet de sécurité par les leaders en soins infirmiers

lorsque vient le moment de prendre des risques. La stabilité des postes améliore la capacité du leader en soins infirmiers à connaître son personnel et ses collègues, ainsi que les problèmes en matière de soins aux patients, en plus d'accroître la capacité de l'organisation à lancer des stratégies pluriannuelles et à les mener à bonne fin (Cummings et Estabrooks, 2003).

Dans une étude portant sur les maisons de soins de longue durée, Anderson, Corazzini et McDaniel (2004) ont découvert que le mandat du directeur des soins infirmiers était un bon indice du roulement parmi les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées. Cette observation laisse penser que plus le leader occupe son poste longtemps, plus il est en mesure d'entrer en relation avec le personnel, de favoriser l'engagement envers le travail et d'en apprendre davantage au sujet de l'organisation et des infirmières afin de gérer l'activité de façon plus efficace.

Une étude connexe a découvert que la permanence du leader en soins infirmiers entraînait une amélioration des résultats auprès des patients (Kemerer, 2003). Étant donné les fréquents changements de personnel et de modes de fonctionnement au sein des organisations, des stratégies sont nécessaires pour y maintenir la continuité du leadership.

Stratégies pour une stabilité du leadership infirmier

- Établir des modèles de leadership communs comme la gouvernance partagée (AICC, 2005).
- Créer des équipes de professionnels qui travaillent dans le cadre d'une matrice dynamique (Lemire Rodger, 2005).
- Développer un plan de relève en matière de leadership des soins infirmiers (AICC, 2005).
- Parler de l'importance d'un milieu stable en soutien à la capacité des infirmières à prodiguer des soins de qualité.

4.1e. Souligner et valoriser les contributions des infirmières en ce qui concerne les résultats auprès des patients et de l'organisation

Discussion sur les données probantes

Une culture organisationnelle⁶ qui a à cœur la qualité des soins et qui valorise les infirmières constitue un appui important pour les leaders en soins infirmiers. (White, 2000). Turnbull et Devine (2002) ont rapporté que la reconnaissance des contributions des infirmières est un indicateur de respect pour les infirmières. Dans une étude comparative au sujet des leaders en soins infirmiers qui, au sein de leurs organisations respectives, constituent ou non un pôle d'attraction, 86 % des participants dans les hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier avaient fait état d'un fort appui administratif à l'égard des infirmières. Les équipes de la haute direction de ces établissements reconnaissent l'importance du rôle des infirmières, particulièrement la valeur de l'observation étroite et des soins aux patients. Les leaders en soins infirmiers des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier ont mentionné l'influence positive qu'ils avaient obtenue dans leurs établissements, alors que les leaders en soins infirmiers des autres établissements ont signalé qu'ils consacraient beaucoup d'énergie à faire comprendre clairement l'importance des soins infirmiers pour l'organisation (Upenieks, 2003a).

Stratégies visant à reconnaître la valeur des infirmières

- Établir et conserver une infrastructure en soutien à la pratique telle que : comités de gouvernance en soins infirmiers, fonctions de pratique avancée, infirmières scientifiques, fonctions désignées avec responsabilité distincte pour l'exercice professionnel (AACN, 2002).
- Différencier les fonctions de pratique des infirmières selon l'expérience, la formation et les certifications (échelles cliniques) (AACN, 2002; Upenieks, 2003b).
- Maximiser le champ de pratique des infirmières et réduire les tâches non liées aux soins infirmiers (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Maslove et Fooks, 2004).
- Créer des systèmes de rémunération et de récompenses qui tiennent compte des différents paliers en matière d'expérience, de formation, de titres supérieurs, de responsabilité et de rendement (AACN, 2002; AIIC, 2001; Devine et Turnbull, 2002).
- Reconnaître les titres professionnels et académiques sur les insignes et les rapports (AACN, 2002).
- Inclure les infirmières dans les événements médiatiques, les annonces qui relèvent des relations publiques, la planification stratégique (AACN, 2002).
- Offrir des récompenses pour des réalisations exceptionnelles et organiser des cérémonies de remise de prix afin de les souligner.
- Publier un rapport annuel sur les soins infirmiers ou mettre en vedette les soins infirmiers dans le rapport annuel de l'organisation (AACN, 2002).

4.1f. Assurer le perfectionnement et l'avancement de leaders transformationnels ayant des styles de leadership inspirants : visionnaire, capable d'encadrer, capable de former des alliances, et démocratique

Au début des années 2000, Cummings et coll. ont examiné l'effet de différents styles de leadership sur les impressions générales d'infirmières soignantes touchées par une restructuration des hôpitaux en Alberta (Cummings et coll., 2005). Ils ont utilisé la typologie des styles de leadership basée sur l'intelligence émotionnelle (IE) (Goleman, Boyatzis et McKee, 2002). La typologie propose six styles de leadership, dont quatre que les auteurs considèrent comme « inspirants », car ils découlent d'un niveau élevé d'IE. Les quatre styles inspirants sont : visionnaire, capable d'encadrer, capable de former des alliances, et démocratique. Les leaders inspirants sont au diapason des émotions d'autrui et de leurs propres émotions, ce qui les aide à instaurer un climat d'harmonie et de bonnes relations de travail (Cummings et coll., 2005, p.5). Dans l'étude Cummings, les infirmières qui travaillaient avec des leaders inspirants signalaient des niveaux beaucoup plus bas d'épuisement psychologique et de symptômes psychosomatiques, elles avaient une meilleure santé émotionnelle, profitaient d'un bon niveau de collaboration avec les groupes de travail et les médecins, signalaient une plus grande satisfaction à l'égard de la supervision et de leur travail et un plus faible niveau de besoins non satisfaits des patients que les infirmières travaillant avec des leaders « dissonants » ou non inspirants. Comme le font remarquer les auteurs, « ces conclusions sont pertinentes dans plusieurs domaines : les projets de restructuration de centres hospitaliers, la responsabilité des leaders du milieu hospitalier, l'obtention de bons résultats relatifs aux patients, la mise en place de milieux de pratique, la santé émotionnelle et le bien-être des infirmières, et en dernière analyse l'obtention de bons résultats sur le plan des soins des patients » [traduction] (Cummings et coll., 2005, p. 11).

Un examen systématique des études publiées réalisé un peu plus tard (Cummings, 2006) confirme l'hypothèse selon laquelle les comportements empreints d'intelligence émotionnelle des leaders en soins infirmiers permettent d'établir des relations de travail fortes axées sur la collaboration et la confiance et d'apporter une aide aux infirmières en matière de gestion du stress en milieu de travail. Le comportement faisant preuve d'intelligence émotionnelle ressemble à certains aspects du leadership transformationnel (Brown et Moshavi, 2005).

4.2 Les organismes de services de santé respectent les infirmières en tant qu'individu.

Discussion sur les données probantes

Le respect des infirmières dans le milieu de travail a été lié à l'autonomie (Laschinger, 2004). Le manque de respect a été lié au stress et à une diminution de la satisfaction au travail (Laschinger, 2004). Les infirmières ont déclaré qu'il est irrespectueux de s'attendre à ce qu'elles soient disponibles pour faire des heures et des quarts supplémentaires en dépit de circonstances personnelles (Devine et Turnbull, 2002). La moyenne d'âge des infirmières au Canada est de 44,5 ans et une infirmière sur trois est âgée de 50 ans ou plus (Institut canadien d'information sur la santé, 2004). Duxbury et Higgins (2003) ont constaté que les employés qui ont des personnes à charge avaient fait état d'une moins bonne santé physique et mentale que ceux qui n'ont pas à prendre soin d'enfants ou de personnes âgées. Ces personnes font partie de la génération « sandwich »; elles doivent s'occuper de leurs parents vieillissants tout en ayant des enfants à la maison. Les organisations doivent trouver des façons novatrices d'encourager les infirmières plus âgées à demeurer sur le marché du travail et à être disponibles pour transmettre leur expertise clinique, à agir à titre de mentor et à encourager les jeunes infirmières.

Certains auteurs s'inquiètent du fait que la nouvelle main-d'œuvre risque de ne pas être attirée par les postes de leadership (Duxbury, L. et Higgins, 2003; Wieck et coll., 2002). Les jeunes travailleurs cherchent un équilibre vie professionnelle/vie personnelle (Wong et coll., 2012). Les postes de leadership ont habituellement comme caractéristiques une augmentation des exigences de travail (Heeley, 1998) et de longues heures de travail avec peu de soutien administratif (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Norrish et Rundall, 2001). Duxbury et Higgins (2003) signalent que les gestionnaires et les professionnels de sexe féminin étaient plus nombreux à avoir des niveaux élevés d'épuisement professionnel que les femmes qui occupent d'autres postes. Wieck et coll. (2002) et Laschinger, Wong, Grau, Read, Pineau et Stam (2012) ont constaté l'importance de favoriser la formation des jeunes puisqu'ils deviendront les leaders en soins infirmiers de demain.

Le respect pour la main-d'œuvre comprend la diversité dans son sens le plus large, y compris la diversité culturelle et ethnique. Hemman (2000) a déterminé que l'appartenance ethnique était mal documentée, même si Redmond (1995) signale que 70 % des infirmières en chef étaient euro-américaines et 3 % étaient afro-américaines. Dans une enquête portant sur les infirmières hispaniques aux États-Unis menée par Villarruel et Peragallo, les répondantes ont mentionné l'importance des modèles et des mentors dans le développement et le soutien des aptitudes de leadership. Même si les auteurs font remarquer que les mentors hispaniques et non hispaniques ont tous les deux leur importance, l'étude souligne néanmoins l'importance d'avoir un mentor qui reflète l'appartenance ethnique d'une personne. Tucker Scott (2004) a remarqué que les minorités raciales et ethniques continuent d'être sous-représentées dans les programmes d'enseignement en sciences infirmières et, par conséquent, dans la main-d'œuvre, particulièrement au niveau de la supervision. Dans d'autres études, les gestionnaires de couleur ont signalé un degré de satisfaction moindre en ce qui concerne la question des chances égales et des relations interpersonnelles en milieu de travail (Dreachslin, 2002; Laschinger, Shamian et Thomson, 2001; Redmond, 1995).

Stratégies recommandées pour faire preuve de respect à l'égard des infirmières

- Proposer des conditions de travail différentes (Duxbury et Higgins, 2003), y compris un horaire flexible, des directives en matière d'horaires variables et le télétravail.
- Offrir des quarts de travail de différentes durées (p. ex., 8, 10 et 12 heures).
- Offrir des services de garde d'enfants.
- Offrir un nombre limité de jours de congé payés par année pour prendre soin des enfants, des personnes âgées ou pour régler des problèmes personnels (Duxbury et Higgins, 2003).
- Étudier la « compétence culturelle » organisationnelle et les obstacles au leadership des minorités visibles; consultez les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sain intitulées *Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : Développer la compétence culturelle* (AIIAO, 2007)
- Adapter la programmation du perfectionnement professionnel à différents besoins en matière d'apprentissage.
- Utiliser la technologie pour offrir un perfectionnement professionnel et des séances sur place à différents moments de la journée.
- Offrir de l'accompagnement et du mentorat afin de renforcer la confiance du personnel plus jeune et moins expérimenté (Storr, 2004).

4.3 Les organismes de services de santé offrent des occasions de croissance, d'avancement et de perfectionnement en matière de leadership

Discussion sur les données probantes

Les occasions de croissance et d'avancement ont été jugées aussi importantes non seulement pour le leadership professionnel et clinique, mais également pour le perfectionnement de personnes qui occupent de manière officielle un poste de leadership ou qui dirigent des soins (Cummings et coll., 2008; Griffiths et coll., 2009; Laschinger et coll., 2004; Patrick et coll., 2011; Tagnesi, Dumont et Rawlinson, 2009; Upenieks, 2002c). Des liens ont été signalés entre les occasions de croissance et l'habilitation (Laschinger et coll., 2003; Laschinger, et coll., 2001b; Upenieks, 2003b). Les occasions de croissance et de perfectionnement ont été définies comme des aspects importants des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier (Laschinger et coll., 2003; Scott et coll., 1999; Upenieks, 2002c). Upenieks (2003b) a déterminé que les leaders des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier et ceux des autres hôpitaux se concentraient sur des éléments semblables tels que la visibilité et la prestation de services de dotation et d'équipement. Cependant, les leaders de la première catégorie se concentraient davantage sur les services de formation. Les occasions de perfectionnement en matière de leadership permettraient également d'atténuer les effets de l'épuisement physique et psychologique (Laschinger et coll., 2004; Lee et coll., 2010). Les études laissent penser que les restrictions budgétaires, le manque de temps (surtout la question des congés de formation) et la charge de travail représentent des obstacles importants au perfectionnement du leadership (O'Neil, Morjikian, Cherner, Hirschhorn et West, 2008; Marville-Williams, 2007)

4.4 Les organismes de services de santé appuient une culture d'habilitation afin de permettre aux infirmières d'être responsables et d'être en mesure de répondre de leur pratique professionnelle.

Stratégies proposées pour appuyer l'habilitation

- Concevoir des structures organisationnelles horizontales qui décentralisent la prise de décision (Carney, 2004; Englebart, 1993; Mohr et Mahon, 1996).
- Faire participer des infirmières aux organismes décisionnaires qui régissent les politiques et les opérations, y compris ceux qui embauchent le nouveau personnel (Cronkhite, 1991; Gokenbach, 2004; Mohr et Mahon, 1996) et particulièrement ceux qui touchent à la finance, à la planification stratégique et à l'amélioration de la qualité (Bliss-Holtz et coll., 2004; Mohr et Mahon, 1996).
- Mettre en place une gouvernance partagée (Devine et Turnbull, 2002; Krugman, 1989; Upenieks, 2002c).
- Mettre en place des conseils infirmiers ou d'autres groupements qui permettent aux infirmières de faire connaître leur point de vue (Erickson et coll., 2003).
- Mettre en place des directives qui permettent aux infirmières de discuter des questions de déontologie ou de dénoncer des actes répréhensibles (Erickson et coll., 2003).
- Établir des politiques et des procédures qui permettent aux infirmières d'aborder les problèmes de pratique professionnelle (Erickson et coll., 2003).
- Maximiser le champ de pratique des infirmières pour tous les postes au sein de l'organisation (Erickson et coll., 2003).
- Tenir régulièrement des forums de discussion (Dubuc, 1995).

Discussion sur les données probantes

L'autonomie et la participation à la prise de décision ont été liées à l'habilitation du personnel et du leader et aux résultats positifs pour les patients et les infirmières (Apker et coll., 2003; Boyle et coll., 1999; Campbell et coll., 2004; Cummings et coll., 2008; Duffield et coll., 2009; Ferguson-Paré et coll., 2002; Laschinger et coll., 2003; Scott et coll., 1999; Tomey, 2009; Upenieks, 2002c; White, 2000). L'autonomie, la maîtrise et la collaboration ont été liées à la confiance envers la direction (Cummings et coll., 2010; Laschinger et coll., 2001) et associées à la satisfaction au travail et à l'impression de qualité des soins aux patients (Aiken et coll., 2001). Les leaders en soins infirmiers ont mentionné que la participation à la prise de décision est fondamentale pour l'établissement d'un leadership infirmier dans toute l'organisation (Upenieks, 2002a). Dans une étude portant sur les gestionnaires intermédiaires d'hôpitaux en Irlande, Carney (2004) a découvert que les structures organisationnelles horizontales ont facilité leur participation à la préparation de stratégies organisationnelles et qu'elles ont amélioré la communication. Cela a créé une impression de meilleure cohésion des gestionnaires et d'une communication plus efficace de la part des infirmières gestionnaires. Les gestionnaires intermédiaires qui s'estimaient exclus de la participation stratégique ont décrit un sentiment d'isolement et de non-maîtrise. Dunham-Taylor (1995) a observé un nombre croissant de comportements de leadership positifs au fur et à mesure que les organisations deviennent plus participatives. Dans une étude portant sur les établissements qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier, les leaders en soins infirmiers ont mentionné l'importance d'appuyer les décisions des infirmières (Upenieks, 2003b), mais les leaders des autres établissements affirment être moins au courant du degré de maîtrise que les infirmières devraient avoir dans le cadre de la prise de décision (Upenieks, 2003a).

La gouvernance partagée est une stratégie qui peut être utile lorsqu'il s'agit d'appuyer le leadership et la participation du personnel à la prise de décision. À la suite d'une étude d'intégration de la documentation qui s'étendait sur 10 ans (de 1988 à 1998), O'May et Buchan (1999) ont conclu que même si la gouvernance partagée n'est pas une solution miracle, elle entraîne de nombreux résultats positifs, y compris une meilleure impression de l'efficacité de la direction, un perfectionnement accru du personnel, une croissance accrue des aptitudes, une meilleure expertise du personnel et des avantages sur le plan du

développement de carrière. Ils soulignent la nécessité d'offrir de la formation et du soutien, du mentorat et du temps libre au personnel. Upenieks (2000) a effectué une analyse critique de nombreux essais sur le terrain publiés de 1994 à 1997 en utilisant les modèles de gouvernance partagée et a conclu que la mise en œuvre d'une gouvernance partagée améliorerait la satisfaction au travail, augmentait le pouvoir personnel et la responsabilisation des infirmières, et améliorerait le milieu de travail. Song, Daly, Trudy, Douglas et Dyer (1997) ont déterminé que la gouvernance partagée entraînait une plus grande satisfaction au travail chez les infirmières. Dans une étude d'intervention avec cas témoin menée dans un service d'urgence, Gokenbach (2004) a constaté que la mise en place d'un conseil infirmier doté de limites claires en matière de prise de décisions, a entraîné une baisse considérable du roulement des infirmières.

Les organisations du domaine de la santé et leurs clients profitent à plus d'un égard d'une culture organisationnelle qui encourage l'habilitation : il y a moins de roulement du personnel (Anderson et coll., 2004), les employés ont une meilleure santé mentale et physique (Arnetz et Blomkvist, 2007; Laschinger et coll., 2004; Weberg, 2010), et on observe également une amélioration de la prise de décisions cliniques (Patrick et coll., 2011; Tomey, 2009).

4.5 Les organismes de services de santé offrent un accès opportun aux renseignements, à des systèmes efficaces d'information et d'aide à la décision et aux ressources dans le cadre des soins aux patients.

Discussion sur les données probantes

Les outils d'aide à la décision, tels que les outils d'examen de l'utilisation, les systèmes d'analyse des processus, des problèmes de pratique, des résultats pour les patients et des inquiétudes concernant la sécurité des patients, la documentation informatisée et les outils de mesure de la charge de travail, constituent d'importants soutiens à la pratique et au leadership infirmier (AACN, 2002).

L'accès à l'information est l'outil par lequel les gens sont mis au courant d'une situation (Laschinger et Havens, 1997), et le fait de détenir de l'information opportune sur les décisions organisationnelles et les changements relatifs aux directives est lié à l'habilitation (Upenieks, 2002a; Laschinger et Havens, 1997). Les leaders en soins infirmiers ont signalé l'importance de disposer de suffisamment de renseignements pour s'acquitter des responsabilités de leurs fonctions (Upenieks, 2002a). Les infirmières gestionnaires ont signalé un taux plus élevé de satisfaction professionnelle (Patrick et Laschinger, 2006), un taux réduit d'épuisement et une meilleure santé mentale et physique lorsqu'elles avaient accès à l'information (Laschinger et coll., 2004).

Offrir les ressources nécessaires pour les soins aux patients est un signe considérable de respect envers les infirmières et leur contribution à l'organisation (DeLong et Fahey, 2000; Nicklin, 2001). Les ressources en équipement, en fournitures, en aide et en technologie d'aide sont nécessaires pour appuyer la qualité des soins et le leadership clinique. Laschinger et coll. (2003) ont déterminé qu'il existe un lien entre les ressources, l'habilitation et l'autonomie. La mesure dans laquelle un leader en soins infirmiers est capable d'offrir aux infirmières les outils nécessaires pour faire leur travail démontre l'efficacité du leader et son autorité (DeLong et Fahey, 2000).

Il est essentiel de disposer d'un personnel à la hauteur de la complexité des soins (AACN, 2002) afin d'offrir des soins de qualité aux patients et du soutien au développement des aptitudes de leadership. Il a été démontré que la présence d'un niveau de dotation répondant aux besoins permet de prédire la satisfaction au travail des infirmières, augmente le maintien en poste et améliore la qualité des soins (Aiken et coll., 2001). Upenieks (2003a) a constaté que les établissements qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier présentaient un ratio de personnel professionnel supérieur à celui des autres établissements.

Les scores d'examen de la gouvernance clinique évaluent huit composantes du rendement d'une organisation : la gestion du risque, les audits cliniques, la recherche et la formation, la participation des patients, la gestion de l'information, la participation du personnel, la formation et le perfectionnement (Shipton, Armstrong, West et Dawson, 2008). Les leaders sont plus efficaces dans les organisations avec des scores plus élevés. Les organisations qui appuient la formation, l'évaluation et la gouvernance clinique obtiennent de meilleurs résultats en matière de lutte contre les infections nosocomiales (Griffiths et coll., 2009).

Stratégies proposées pour favoriser l'habilitation des infirmières avec de l'information, des soutiens à la décision et des ressources

- Concevoir des structures organisationnelles horizontales qui décentralisent la prise de décision (Carney, 2004; Englebart, 1993; Mohr et Mahon, 1996).
- Faire participer les infirmières aux organismes de prise de décisions relatives aux directives, aux opérations et à l'embauche (Cronkhite, 1991; Gokenbach, 2004; Mohr et Mahon, 1996) de même qu'aux comités relatifs aux finances, à la planification stratégique et à l'amélioration de la qualité (Bliss-Holtz et coll., 2004; Mohr et Mahon, 1996).
- Mettre en place une gouvernance partagée (Devine et Turnbull, 2002; Krugman, 1989; Upenieks, 2002c).
- Mettre en place des moyens pour les infirmières qui jouent des rôles de soins directs de faire connaître leur point de vue par l'entremise de conseils infirmiers ou autre (Erickson et coll., 2003).
- Offrir de la formation et du soutien aux infirmières afin de favoriser leur participation aux organismes de prise de décisions.
- Établir des directives et des protocoles afin que les infirmières puissent discuter d'enjeux de déontologie ou dénoncer des actes répréhensibles (Erickson et coll., 2003).
- Établir des directives et des protocoles qui permettent aux infirmières d'aborder les questions de pratique professionnelle (Erickson et coll., 2003).
- Maximiser le champ de pratique des infirmières pour tous les postes (Erickson et coll., 2003).
- Tenir régulièrement des forums de discussion (Dubuc, 1995).

4.6 Les organismes de services de santé favorisent et appuient le travail d'équipe, la collaboration et les partenariats.

Discussion sur les données probantes

La collaboration au sein des organisations améliore le niveau de confiance (Leach, 2005) et l'habilitation (Laschinger et Havens, 1997; AIIAO, 2006) qui ont une incidence sur le développement et le maintien du leadership infirmier. Les leaders en soins infirmiers peuvent rehausser leur propre crédibilité et la crédibilité de la profession auprès de leurs collègues en discutant et en cultivant des relations avec eux pour mieux les comprendre (Oberle et Tenove, 2000; Storch et coll., 2002; White, 2000).

Les relations positives entre les infirmières et les médecins sont une caractéristique des établissements qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier (Baird et St-Amand, 1995). La collaboration avec les médecins peut mener au respect mutuel des connaissances respectives et à la mise en commun des connaissances (Upenieks, 2002b), ce qui contribuera finalement à l'habilitation et à l'amélioration du leadership clinique (Upenieks, 2002b). Upenieks (2002b) a déterminé que le travail d'équipe prévalait davantage dans les hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier; les leaders des autres établissements ont signalé des relations infirmière-médecin légèrement plus négatives.

Upenieks (2002a) a mentionné l'importance d'une gestion d'équipe collaborative au sein des soins infirmiers pour appuyer le développement et le maintien du leadership infirmier. Les équipes ayant des caractéristiques comme la collaboration créative, une communication compréhensive et un bon niveau de compréhension et de collaboration sont considérées comme un soutien important pour l'atteinte des objectifs organisationnels et un leadership efficace. Disch et coll. (2001) font remarquer que la collaboration entre les administrateurs des soins infirmiers et les leaders cliniques en soins infirmiers pouvaient constituer un partenariat inestimable afin d'améliorer le leadership clinique parmi les infirmières. Laschinger et coll. (2004) établissent un lien entre la force des relations interpersonnelles et un taux inférieur d'épuisement des infirmières gestionnaires ainsi qu'une meilleure santé mentale et physique.

Les leaders en soins infirmiers ont indiqué que les relations de travail fondées sur la collaboration dans toute l'organisation, ainsi que de la part de l'équipe de direction, amélioreraient leur efficacité (Cummings 2006; Griffiths et coll., 2009; Upenieks, 2002a). Susciter l'engagement des intervenants par des équipes, des coalitions, des partenariats de collaboration et des réseaux est un élément essentiel d'un leadership efficace dans le domaine des soins de santé, selon le cadre LEADS du Collège canadien des leaders en santé (Collège canadien des leaders en santé, 2010).

Stratégies proposées pour promouvoir le travail d'équipe, les collaborations et les partenariats

- Créer des conseils de pratique interprofessionnelle (AIRC, 2001).
- Prévoir du temps pour la collaboration dans la planification de la charge de travail (IOM, 2004).
- Tenir des réunions et des cliniques interprofessionnelles (Upenieks, 2002a) et faire une rotation en ce qui concerne la responsabilité de l'animation et de l'enseignement.
- Préparer un code de conduite et un processus de communication pour l'équipe interprofessionnelle.
- Concevoir et mettre en œuvre des plans de soins et des cheminements cliniques (IOM, 2004).
- Élaborer des processus de révision par les pairs au sein de l'équipe interprofessionnelle pour les événements indésirables liés aux soins des patients (AACN, 2002).
- Offrir une formation sur le règlement de conflit et la communication interculturelle (Disch et coll., 2001).
- Mettre sur pied des forums de gestion des soins infirmiers pour une résolution collective des problèmes et une mise en commun de l'information.
- Concevoir des espaces de travail où on trouve des salons communs afin d'encourager l'interaction sans cérémonie et d'offrir des endroits privés pour la consultation (IOM, 2004).
- Collaborer avec une vaste gamme de partenaires comme des groupes de recherche, des établissements d'enseignement, d'autres fournisseurs ou organisations professionnelles.
- Voir les lignes directrices de l'AlIAO sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : *Les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers, 2006.*

4.7 Les organisations de services de santé appuient les leaders dans leurs initiatives visant à favoriser le changement.

Discussion sur les données probantes

Le lien entre le leadership transformationnel et la réussite des changements organisationnels est de plus en plus clair. Cummings (2006) a constaté que les styles de leadership inspirants faisant preuve d'un niveau élevé d'intelligence émotionnelle et des caractéristiques du leadership transformationnel permettent d'atténuer les effets négatifs des restructurations d'hôpitaux et mènent à des résultats positifs pour les patients. Herold et coll. (2006) a observé un effet positif significatif du leadership transformationnel sur le niveau de motivation des gens à l'égard du changement. Dans une étude d'intervention visant un milieu de soins communautaires, des gestionnaires et des équipes de leadership clinique qui ont défini des objectifs de changement pertinents du point de vue clinique et qui faisaient preuve d'un mélange de leadership relationnel, de leadership axé sur le changement et de leadership axé sur les tâches ont obtenu des résultats supérieurs dans la mise en œuvre de lignes directrices de pratique clinique (Gifford et coll., 2008; Gifford, Davies, Tourangeau, Lefebvre, 2011; Gifford, Davies, Tourangeau, Woodend, Lefebvre, 2013). L'accès aux données cliniques, la connaissance des obstacles et des soutiens, et la responsabilité à l'égard des initiatives valant pour toute l'organisation étaient également des facteurs avec lesquels la réussite du changement était liée.

Pour établir un climat d'innovation et d'amélioration continue, les leaders ont besoin de soutien afin de penser d'une manière critique et analytique, de remettre en question le statu quo et d'avoir une vision stratégique de l'avenir (CCLS, 2010). Une étude systématique sur le leadership et l'amélioration de la qualité a montré l'importance de l'engagement de la direction à l'égard de la réussite. Les données montrent qu'il existe une corrélation entre certains comportements de leadership et la réussite des initiatives d'amélioration de la qualité, ainsi qu'une corrélation entre d'autres comportements et l'échec. La mise en œuvre des améliorations de la qualité était médiocre lorsque les leaders étaient passifs et n'arrivaient pas à fournir les ressources et les soutiens nécessaires pour les audits cliniques; il y avait par contre un lien entre la réussite de ces initiatives d'amélioration et le comportement de leaders motivés, communicatifs et à l'esprit ouvert, qui avaient étroites relations avec le personnel et qui se faisaient les champions du changement (Ovretveit, 2005). De même, une étude intégrative de la documentation a déterminé que trois activités de leadership ont une influence sur l'utilisation des données probantes de travaux de recherche par les infirmières : le soutien des gestionnaires, les révisions des directives et l'audit de la pratique clinique. Les infirmières utilisaient moins les données probantes dans les circonstances suivantes : lorsqu'il ne s'agit pas d'une priorité pour la direction, lorsque la planification des soins n'est pas multidisciplinaire et lorsque l'évaluation du rendement laisse de côté les questions de perfectionnement professionnel (Gifford, Davies, Edwards, Griffin, Lybanon, 2007).

4.8 Les organismes de services de santé établissent des champs de responsabilité qui permettent des pratiques de leadership efficaces.

Discussion sur les données probantes

Les suppressions de poste visant les gestionnaires sont une stratégie de réduction des coûts souvent utilisée, malgré les conclusions d'une étude menée par The Gallup Organization sur une période de 25 ans, qui démontre que la relation gestionnaire-employé est importante pour la motivation et la fidélisation des employés. En 1956, Urwick, dans une étude publiée dans le *Harvard Business Review*, a constaté que lorsqu'un leader dispose d'une étendue des responsabilités qui dépasse un certain niveau, les personnes qui interagissent avec lui sont déçues et concluent que le leader est trop occupé pour tenter d'apprendre à les connaître et de comprendre leurs préoccupations. Dans une étude portant sur 14 hôpitaux en cours de réingénierie, Walston et Kimberley (1997) ont constaté qu'une étendue des responsabilités de grande envergure entraînait une baisse de la participation du personnel à la planification et à la conception du changement, une réduction de la quantité de renseignements et une baisse en ce qui concerne l'atteinte du changement visé.

Mullen, Symons, Hu et Salas (1989) ont déterminé que plus l'étendue des responsabilités des superviseurs est vaste, plus les leaders se concentrent sur les tâches plutôt que sur les relations. Par ailleurs, la probabilité que les membres de l'équipe soient insatisfaits augmente. Une étude menée par l'industrie chimique (Hechanova-Alampay et Beehr, 2001) a montré que des vastes étendues des responsabilités entraînaient moins de surveillance par les superviseurs et des taux plus élevés de comportements non sécuritaires et d'accidents. Dans l'industrie du transport aérien, Gittel (2001) a observé qu'une étendue moindre des responsabilités renforçait la résolution de problème, le respect mutuel, les connaissances et les buts communs, et une communication plus fluide entre les membres du groupe.

McCutcheon (2004) a constaté que plus l'étendue des responsabilités des gestionnaires en soins infirmiers était vaste, plus le taux de roulement du personnel de l'unité était élevé. Pour chaque augmentation de 10 à l'ampleur des responsabilités, le taux de roulement du personnel prévu augmentait de 1,6 %. De plus, au fur et à mesure que l'étendue des responsabilités augmente, les effets positifs des styles de leadership empreints de sollicitude (transformationnel et transactionnel) sur la satisfaction au travail des infirmières diminuaient et les effets négatifs des styles de leadership non empreints de sollicitude augmentaient. Cependant, Meyer et coll. (2011) ont déterminé que les infirmières sont plus satisfaites du niveau de supervision par des gestionnaires transformationnels, même avec une grande étendue des responsabilités, lorsqu'ils sont présents toute la journée, que du niveau de supervision par des gestionnaires non transformationnels ayant un horaire précis (par ex., cliniques). Il se pourrait que l'horaire de travail ait une incidence sur la capacité d'un gestionnaire d'interagir avec les employés, ce qui permettrait d'atténuer en partie l'effet négatif d'une vaste étendue des responsabilités.

Cathcart et coll. (2004) ont découvert que les résultats en ce qui concerne l'engagement des employés diminuaient proportionnellement à l'augmentation de l'ampleur des responsabilités. Ces observations ont été faites dans toutes les catégories de facteurs démographiques testés, y compris le mandat, la situation d'emploi (temps plein, temps partiel, occasionnel), le type de contrat (syndiqué, non syndiqué), le poste (gestionnaire, exécutant) et le type de travail (soins aux patients ou non). Les résultats en ce qui concerne l'engagement ont chuté en particulier lorsque les groupes de travail comptaient plus de 15 personnes et davantage encore lorsqu'ils comptaient 40 personnes ou plus. L'organisation a créé des postes de gestionnaires supplémentaires dans quatre secteurs où les infirmières gestionnaires avaient la responsabilité directe de plus de 80 employés, et un an plus tard, un changement positif dans les résultats concernant l'engagement a été observé.

4.9 Les organisations de services de santé investissent dans la formation et la planification de la relève afin de former la prochaine génération de leaders.

Discussion sur les données probantes

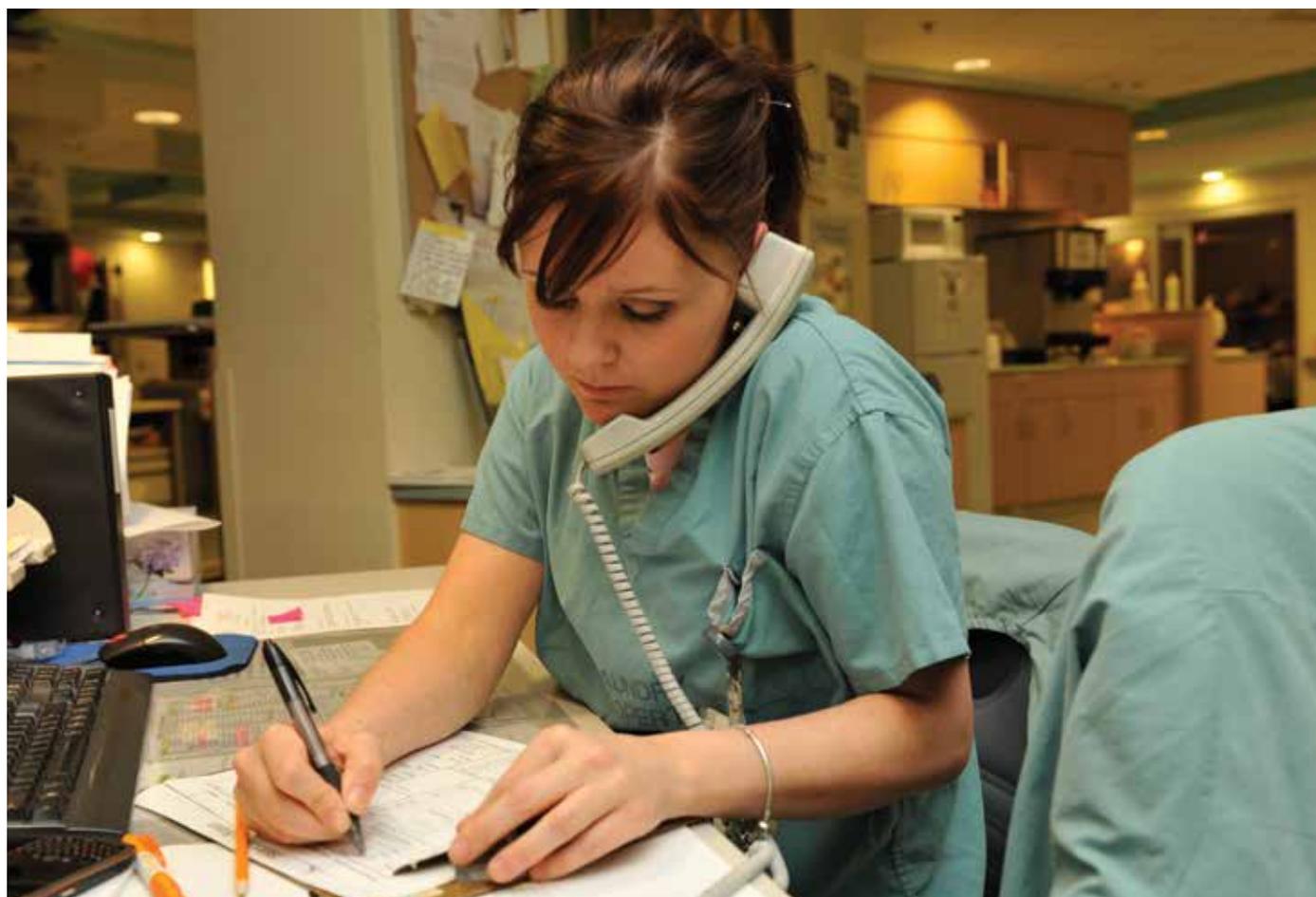
Le manque d'occasions de développement du leadership jouerait un rôle dans le taux de roulement chez les infirmières et chez leurs leaders (Cummings et Estabrooks, 2003). Antrobus et Kitson (1999) ont affirmé qu'il y a très peu de mesures incitatives offertes aux futurs leaders en soins infirmiers pour qu'ils demeurent dans la pratique directe si on compare au fait de jouer un rôle de leadership plus visible au sein du milieu universitaire, de la direction ou des politiques. Ils ajoutent qu'il faut préconiser des cheminements de carrière en pratique directe qui comprennent le développement du leadership clinique.

Les mêmes auteurs ont souligné l'importance de développer les compétences politiques et organisationnelles afin de donner aux infirmières les moyens de travailler sur un pied d'égalité et de se faire entendre.

De nombreuses études ont signalé des résultats positifs associés aux programmes structurés de développement du leadership (Cherniss, Goleman, Emmerling, Cowan et Adler, 1998; Cummings et coll., 2008; Cummings et coll., 2010; Cunningham et Kitson, 2000a, 2000b; George et coll., 2002; Tourangeau, Lemonde, Luba, Dakers et Alksnis, 2003; Wolf, 1996). Plusieurs auteurs, cependant, (Cherniss et coll., 1998; Ferguson-Paré, 1998; George et coll., 2002; Giber, Carter et Goldsmith, 2000; Wolf, 1996) ont insisté sur le fait que les nouveaux leaders devaient aussi avoir l'occasion d'appliquer leurs nouvelles compétences. De bons résultats ont été observés lors d'un court essai pilote sur le terrain d'un programme d'orientation qui est fondé sur les compétences pour les nouveaux diplômés et qui intègre des stratégies d'apprentissage multimédia de même que l'occasion d'appliquer de nouvelles compétences lors de la direction de colloques et de tables rondes (Giber et coll., 2000). Les participants au groupe d'intervention ont été prêts plus tôt à assumer leurs rôles de leadership et ont fait preuve de meilleures compétences en leadership.

Dans une étude portant sur le programme de leadership pour les infirmières soignantes (George et coll., 2002) les soutiens nécessaires ont été définis : la masse critique de collègues participant au programme, les mentors et les comportements de leadership mis en pratique par les gestionnaires, les infirmières cliniciennes spécialisées et d'autres collègues. Parmi les obstacles définis, on trouve la charge de travail, le roulement, le manque de responsabilités, l'établissement insuffisant de buts avec la direction, le fait d'être nouveau et la rétroaction négative à la suite de l'essai de nouveaux comportements.

De nombreux auteurs ont insisté sur la nécessité d'une planification de la relève⁶ (AIIC, 2003; Collins, 2002; Cunningham et Kitson, 2000a, 2000b; Jones, 2005; Wolf, 1996), notamment le fait de diriger des infirmières vers des expériences de gestion et des postes de leadership (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002; Doran et coll., 2012; Laschinger, Wong, Grau, Read, Pineau Stam, 2012). Les leaders en soins infirmiers ont signalé que les diverses occasions de leadership telles que la participation à des comités et la latitude dans la prise de décision étaient importantes pour le développement du leadership (DeLong et Fahey, 2000; Laschinger et coll., 2012).



Recommandations relatives au système

5.0 Recommandations aux gouvernements

- 5.1 Les gouvernements des provinces et des territoires établissent un poste de leader principal en soins infirmiers qui joue un rôle de conseiller en matière de politiques.
- 5.2 Les gouvernements établissent un mécanisme de liaison national pour ces conseillers.
- 5.3 Les gouvernements des provinces et des territoires mettent sur pied un conseil consultatif en soins infirmiers.
- 5.4 Les gouvernements mettent en œuvre des programmes de développement de leaders en soins infirmiers, les financent et en assurent la pérennité.
- 5.5 Les gouvernements mettent en œuvre un programme de recherche en leadership infirmier, le financent et en assurent la pérennité.

Discussion des données probantes pour 5.1, 5.2, 5.3

Le rapport du Institute of Medicine (IOM) intitulé *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environments of Nurses* (IOM, 2004) recommande d'avoir un leader principal en soins infirmiers aux plus hauts échelons des organisations. Les raisons invoquées sont les questions de sécurité des patients et les compétences des infirmières en tant que facteur d'intégration des soins cliniques à l'échelle de l'établissement. Les fonctions du leader principal en soins infirmiers sont également importantes sur le plan de la prise de décisions par le gouvernement et sur celui de l'élaboration des politiques en matière de santé. Deux rapports de grande portée sur le milieu de travail des infirmières, *Commitment and Care* (Bauman et coll., 2001) et *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002), recommandent de nommer des chefs de file en soins infirmiers au sein des organes chargés des politiques un peu partout au pays. Dans la description des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations proposée par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Maslove et Fooks (2004) font remarquer qu'au moment de la publication, huit des 10 provinces avaient un poste de chef provincial des soins infirmiers.

Une étude internationale de Splane et Splane (1994) affirme qu'il importe de nommer des infirmières en chef au niveau infranational, comme dans des provinces ou des États d'une fédération. Les auteurs ont examiné ces postes à l'échelon national par l'entremise des publications à ce sujet et de discussions avec des répondants clés de différents pays. Ils ont déterminé que les infirmières en chef encouragent l'utilisation optimale des infirmières, font la promotion des normes et de la formation en soins infirmiers afin d'améliorer la sécurité des patients, font la promotion de la recherche en soins infirmiers, interviennent dans différents forums afin de faire mieux connaître la profession, font la promotion des droits de la personne et de politiques relatives aux déterminants de la santé et font progresser la profession en tant que service humain respecté. Les auteurs font remarquer que les infirmières en chef ont des liens avec les syndicats nationaux et les associations professionnelles, et dialoguent avec des infirmières de tous les milieux de pratique.

Les infirmières en chef influencent les politiques, notamment sur les normes, la formation et la recherche en soins infirmiers, ainsi que le recrutement, le maintien en poste et les conditions de travail (Splane et Splane, 1994). Elles ont également une influence considérable sur les politiques relatives aux déterminants de la santé, comme l'universalité des services de santé et le statut socio-économique.

Même si le public fait confiance aux infirmières (Léger Marketing, 2003), la profession n'est pas bien comprise (Antrobus et Kitson, 1999) et les infirmières ont fréquemment l'impression de ne pas être écoutées (Gaudine et Beaton, 2002; Henderson, 2003; Storch et coll., 2002). Clifford (1998) a invariablement découvert que les infirmières exprimaient le besoin de compter sur quelqu'un qui comprend leur pratique au plus haut niveau de l'organisation, appuyant ce qu'elles font pour les patients et les familles. Un leader en soins infirmiers dans un poste gouvernemental supérieur est bien placé pour développer des stratégies afin d'informer le public et le gouvernement au sujet du rôle et de la contribution des infirmières (Scott et coll., 1999; Splane et Splane, 1994). Les infirmières ont affirmé qu'il est essentiel de fournir ce type de sensibilisation pour accroître le respect envers les infirmières (Devine et Turnbull, 2002). Le fait qu'un leader en soins infirmiers joue un rôle en matière de politiques constitue une occasion pour les gouvernements de faire preuve d'un appui envers les soins infirmiers (Splane et Splane, 1994).

Avoir un leader en soins infirmiers actif en matière de politiques constitue une occasion pour les décideurs de mieux comprendre les questions relatives aux soins aux patients et d'obtenir la participation d'experts en soins infirmiers sur

l'administration des politiques en matière de santé et les programmes pour les patients. Splane et Splane (1994) ont remarqué que cela est particulièrement important étant donné le nombre croissant d'administrateurs « généralistes » des soins de santé qui possèdent des connaissances en administration des affaires et en administration publique, mais qui n'ont pas de connaissances spécialisées au sujet des programmes pour les patients, des valeurs professionnelles et des méthodes grâce auxquelles les buts du programme sont atteints. Deux études (Antrobus et Kitson, 1999; Splane et Splane, 1994) ont constaté que les leaders en soins infirmiers de haut niveau jouaient un rôle en aidant les décideurs à comprendre la terminologie et les priorités du domaine et les effets possibles. Cette situation est semblable au rôle essentiel que les leaders en soins infirmiers supérieurs jouent lorsqu'ils aident la haute direction et les instances gouvernantes de leur organisation à comprendre les enjeux des soins infirmiers. Antrobus et Kitson (1999) ont constaté que ce travail d'aide à la compréhension est en grande partie effectué par les leaders en soins infirmiers d'une manière individuelle. Ils estiment que des groupes de réflexion sur les politiques en matière de soins infirmiers pourraient être très utiles au moment d'analyser et d'élaborer les politiques en matière de santé.

Même si plusieurs données probantes font correspondre les milieux de travail des infirmières et les effets sur la qualité des soins aux patients, les problèmes concernant les soins infirmiers ne sont pas toujours considérés comme une priorité sur le plan des politiques (White, 2000) et les programmes politiques ont souvent la préséance (Antrobus et Kitson, 1999; Splane et Splane, 1994). Un chef de file en soins infirmiers participant aux processus d'établissement des politiques améliore les résultats en matière de santé en s'assurant que les décisions budgétaires et politiques tiennent compte du point de vue propre aux soins infirmiers. Il est essentiel de compter sur les services d'un expert en soins infirmiers disponible et en mesure d'offrir des conseils sur les effets possibles des décisions en matière de politiques sur les soins aux patients. Splane et Splane (1994) ont constaté que les infirmières qui occupaient des rôles supérieurs en matière de politiques jouaient un rôle aussi important dans la prévention de l'adoption de politiques négatives que dans la mise en place de politiques positives et l'appui à la mise en œuvre des politiques existantes. Scott et coll. (1999) ont déterminé que les leaders en soins infirmiers jouent un rôle critique dans le processus de restructuration. Splane et Splane (1994) ont observé que le recrutement d'infirmières pour des rôles supérieurs au gouvernement, dans le secteur bénévole et en tant que candidat au parlement reflètent la reconnaissance de la valeur des aptitudes de leadership, de résolution de problèmes et des compétences en gestion des infirmières.

En 2007, Laschinger et Wong ont examiné les caractéristiques organisationnelles et les modes de fonctionnement propres aux postes de gestionnaires en soins infirmiers dans le secteur des soins de courte durée. Les leaders en soins infirmiers disaient avoir un niveau élevé d'influence et de participation relativement aux décisions, surtout dans les circonstances suivantes : lorsqu'ils font partie de l'équipe de haute direction, lorsqu'ils relèvent directement du chef de la direction et lorsqu'ils portent le titre d'infirmière en chef (Laschinger et Wong, 2007). D'autres caractéristiques favorables de ces postes étaient de disposer de pouvoir hiérarchique et de pouvoir décisionnel au niveau opérationnel. Les cadres intermédiaires et les cadres au point de service qui travaillent avec cette catégorie de leaders en soins infirmiers ont l'impression de bénéficier d'un meilleur soutien en matière de professionnalisation du milieu de travail et sont plus nombreux à signaler une bonne qualité des soins aux patients (Laschinger et Wong, 2007). Dans une étude qualitative plus récente examinant le rôle des infirmières en chef dans le milieu des hôpitaux, les chercheurs ont constaté que les titulaires de ces postes jouent un rôle essentiel et de grande portée sur le plan du rendement organisationnel (Disch, Dreher, Davidson, Sinioris et Waino, 2011).

Les conseils de santé de l'Ontario devaient nommer un infirmier en chef ou une infirmière en chef d'ici janvier 2013 (Groupe de travail sur les infirmières et infirmiers en chef des services de santé publique, 2011). Ils seraient responsables de l'assurance de la qualité et du leadership en matière de pratiques des soins infirmiers. Ils auraient comme responsabilité de s'assurer que les infirmières hygiénistes peuvent exercer pleinement la profession infirmière pour contribuer à l'efficacité organisationnelle et, au final, améliorer la santé de la population (Groupe de travail sur les infirmières et infirmiers en chef des services de santé publique, 2011). Lorsqu'un poste d'infirmière en chef existe déjà, un rapport provincial fait remarquer que le ou la titulaire « contribue aux discussions à l'échelle globale du système de soins de santé et éclaire les questions relatives aux politiques, aux programmes et à la pratique, ainsi que les décisions qui ont des implications pour la santé publique et les soins infirmiers dispensés dans ce contexte » [traduction] (Groupe de travail sur les infirmières et infirmiers en chef des services de santé publique, 2011, p. 6).

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002) et le Comité consultatif des ressources humaines en santé (2000) ont recommandé la création de groupes consultatifs de soutien pour les infirmières qui exercent des fonctions relatives aux politiques. Ces groupes sont importants pour transmettre à l'infirmière en chef et au gouvernement les points de vue d'une vaste gamme d'intervenants au moment de définir les politiques. Par ailleurs, les comités consultatifs discutent des questions relatives au milieu de travail et à la main-d'œuvre, des stratégies et de la planification des ressources humaines. Maslove et Fooks (2004) ont signalé que toutes les provinces canadiennes ont un comité consultatif sur les soins infirmiers dont les stratégies infirmières sont financées.

Le Bureau fédéral de la politique des soins infirmiers (BPSI) au Canada est chargé de renforcer la présence de la profession infirmière au sein de Santé Canada en intervenant sur plusieurs tribunes, en contribuant à la création des politiques et à la conception des programmes dans l'ensemble du ministère, et en travaillant aussi étroitement avec le milieu des soins infirmiers afin d'élaborer des conseils à l'intention du gouvernement (Santé Canada, 2005). Le BPSI offre un mécanisme de liaison pour les infirmières en chef provinciales et territoriales en coordonnant des réunions afin de discuter des questions prioritaires en soins infirmiers. Les discussions portent également sur de nouvelles données probantes afin de formuler des recommandations sur les politiques et les stratégies fondées sur le meilleur niveau de preuve possible.

5.4 Les gouvernements financent et mettent en œuvre un programme de développement du leadership infirmier et en assurent la pérennité.

5.5 Les gouvernements financent et mettent en œuvre un programme de recherche sur le leadership infirmier et en assurent la pérennité.

Discussion sur les données probantes pour 5.4, 5.5

Il est notoirement difficile dans la recherche en science de la santé de disposer de données probantes qui sont facilement accessibles et qui peuvent être directement mises en pratique (Glasgow, Klesges, Dzewaltowski, Bull et Estabrooks, 2004). Les interventions testées par des études individuelles dans des conditions précises sont parfois considérées par les utilisateurs finaux comme ne s'appliquant pas à tous les milieux. Par conséquent, certains proposent la reprise des mêmes études dans différentes populations et différents milieux (Glasgow et coll., 2004). Daly, Douglas et Kelley (2005) affirment que les études de recherche ne sont significatives que si les chercheurs tiennent compte de tous les éléments du milieu de pratique. Ils recommandent de mener des études séquentielles qui se fondent sur les résultats d'études antérieures, comme cela se produirait dans un programme de recherche.

À l'aide d'une série d'études cliniques, Daly et coll. (2005) ont déterminé que le fait de commencer par une étude descriptive pour passer à une étude d'intervention dans le cadre d'un programme de recherche permettait l'évaluation des hypothèses à l'aide des variables et des mesures mentionnées dans les études descriptives précédentes. Ils ont constaté que lorsque leur équipe de recherche se concentrait sur un domaine cible, elle pouvait parfaire sa compréhension des phénomènes d'intérêt et trouver des mesures valides et de la documentation pertinente, ce qui lui permettait de cerner des points à considérer pour la conception d'études ultérieures. Ils ont signalé que, dans le cas de la recherche, l'approche de type programme a entraîné une hausse de la confiance face aux résultats et a aidé à éviter l'attribution incorrecte de la cause à une variable lorsqu'elle était étudiée dans un seul contexte.

Antrobus et Kitson (1999) ont reconnu la nécessité d'un programme de recherche ambitieux sur le leadership infirmier. Ils ont constaté que les études sur le leadership ont souvent privilégié l'aspect interne, comme la nature et l'objectif du phénomène, ses caractéristiques, et les besoins en perfectionnement des futurs leaders. Ils recommandent un examen des facteurs sociopolitiques plus généraux qui ont une incidence sur le leadership et un examen de la façon dont les leaders en soins infirmiers peuvent définir les politiques.

Cummings et coll. (2008) ont procédé à un examen systématique de la documentation afin de déterminer, entre autres choses, quelle est l'efficacité des interventions de formation visant à développer les comportements de leadership chez les infirmières. Pour s'attaquer au problème persistant des faiblesses méthodologiques de certaines recherches, les auteurs recommandent de mettre en place un programme de recherche rigoureux sur les interventions visant à développer et à promouvoir le leadership. Ces études examinées globalement semblent indiquer qu'il serait souhaitable d'avoir des programmes financés de recherche sur le leadership infirmier.

Recommandations aux chercheurs

6.0 Les chercheurs effectuent des recherches sur l'incidence du leadership infirmier sur les infirmières, les patients et les résultats organisationnels et du système.**Discussion sur les données probantes**

Le leadership est un élément essentiel du milieu de travail des infirmières et de leurs leaders, qui subissent de plus en plus de pression quant au rendement dans un contexte où les organisations mettent davantage l'accent sur la gestion des coûts (IOM, 2004; McGillis Hall et coll., 2005). Patrick et White (2005) ainsi que Cummings (2006) ont mentionné la nécessité de faire davantage de recherches sur la relation entre les comportements de leadership infirmier et les résultats auprès des patients et des infirmières afin d'obtenir la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers. Ils ont constaté que la majorité des travaux publiés sont descriptifs et qu'il n'y a que peu d'études expérimentales (Scott et coll., 1999; Sullivan et coll., 2003; Ward, 2002). Dans une étude systématique sur les liens entre le leadership et les résultats, Cummings et coll. (2008) recommandent plusieurs pistes à explorer et plusieurs méthodes pour les futures recherches en matière de leadership infirmier :

- inclure des mesures observées du style et des comportements des leaders;
- concevoir des études longitudinales et quasi-expérimentales avec une attribution appariée ou aléatoire aux groupes d'intervention et de contrôle;
- utiliser un échantillonnage aléatoire;
- se pencher sur les résultats à long terme (p. ex. >18 mois) de même que sur les indicateurs de leadership efficace;
- examiner d'une manière détaillée le lien entre certaines caractéristiques comme le niveau d'études, l'expérience, les rôles sexuels, ainsi que les facteurs d'influence culturelle qui favorisent le leadership en soins infirmiers;
- utiliser des procédures statistiques multidimensionnelles comme la modélisation linéaire hiérarchique et la modélisation par équation structurelle afin de mettre à l'essai des modèles et des théories du leadership, notamment des relations causales expliquant l'incidence de facteurs ou d'interventions sur le développement du leadership;
- utiliser des démarches qualitatives afin d'examiner les facteurs qui favorisent le leadership infirmier;
- évaluer les programmes de développement du leadership qui s'adressent aux infirmières travaillant au point de service.

6.1 Les chercheurs développent, mettent en œuvre et évaluent une intervention de leadership basée sur le modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership.**Discussion sur les données probantes**

Le rapport de l'Institute of Medicine de 2004 affirme que les gestionnaires devraient « tenter de trouver et d'appliquer les données probantes empiriques provenant de la recherche sur la gestion dans leur pratique » [*traduction*], mais il mentionne de nombreux obstacles. Les décisions de la direction sont souvent prises en groupe, et impliquent tout un processus de négociations, de compromis et de contraintes organisationnelles (Walshe et Rundall, 2001). De plus, la formation des gestionnaires en matière d'utilisation des données probantes n'est pas aussi uniformisée que la formation dans ce domaine s'adressant aux professionnels de la santé prodiguant des soins (Axelsson, 1998; Walshe et Rundall, 2001). Dans une étude sur les infirmières gestionnaires dans le contexte des pratiques fondées sur les données probantes par Udod et Care (2004), les participants ont affirmé qu'ils manquent de connaissances sur la recherche et sur son utilisation.

La recherche en matière de gestion des soins de santé reste un domaine peu développé à cause du faible niveau de financement par rapport à la recherche en matière de gestion dans d'autres secteurs. Beaucoup d'organisations n'ont pas la taille ou les ressources, y compris des systèmes de données suffisant aux besoins, pour mener à bien des travaux de recherche appliquée et les évaluer (Kovner et coll., 2000; Walston et Kimberly, 1997). Les travaux de recherche effectués par de grandes organisations de soins de santé sont souvent considérés comme de l'information interne et ne sont donc pas diffusés systématiquement (Kovner et coll., 2000).

6.2 Les chercheurs effectuent des recherches sur la planification des ressources humaines en santé pour les fonctions de leadership infirmier.

Discussion sur les données probantes

Une planification efficace des ressources humaines a une très grande importance dans le contexte actuel de transformation du système (Tomblin Murphy et coll., 2003). L'élimination de nombreux postes de gestionnaires entre 1994 et 2002 au Canada a eu plusieurs conséquences, comme une plus vaste étendue de responsabilités qu'auparavant pour les leaders des soins infirmiers et moins de soutien pour les infirmières (Bauman et coll., 2001; ICIS, 2004; Lowe, 2004; ICIS, 2001; ICIS, 2002a, 2002b).

Une étude auprès de plus de 1 000 infirmières gestionnaires en soins actifs au Canada a constaté qu'elles se sont adaptées aux vastes étendues des responsabilités, mais que la plupart aimeraient réduire cette étendue car elles estiment qu'il s'agit là d'une menace pour le rendement (Laschinger et Wong, 2007). Le nombre moyen de subordonnés directs était de 71, et allait de sept à 264. Ces lourdes responsabilités et la charge de travail exagérée qu'elles représentent rendent moins attrayantes les fonctions de leader et rendent donc le recrutement plus difficile.

La planification des ressources humaines a besoin de données fiables sur le leadership infirmier. L'étude sur la main-d'œuvre infirmière (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2000) a cerné de nombreuses lacunes des bases de données nationales qui empêchent les chercheurs de trouver des réponses aux questions relatives à l'offre d'infirmières. Ils recommandent aux chercheurs examinant la planification des ressources humaines d'aller plus loin que les modèles d'approvisionnement et d'examiner les besoins au niveau du système. Baumann et coll. (2001) reprennent cette recommandation, et précisent qu'il serait souhaitable de mettre en place des bases de données sur le marché du travail et des outils de prévision relatifs aux ressources humaines.

6.3 Les chercheurs mènent des recherches sur l'enseignement et le développement du leadership infirmier.

Discussion sur les données probantes

Certaines données laissent penser que la relation entre une infirmière et son superviseur immédiat est un bon facteur prédictif de la satisfaction à l'égard de l'emploi et de l'intention de rester en poste (Blegen, 1993; Irvine et Evans, 1992; Thomson, Dunleavy et Bruce, 2002). Thomson et coll. (2002) font remarquer que « dans un contexte où les infirmières ont plus que jamais besoin de leadership, le nombre de cadres est réduit. Elles se retrouvent ainsi avec moins de soutien au quotidien et moins d'accès à des personnes situées assez haut dans la hiérarchie pour défendre leurs intérêts » [traduction] (p.26). Même si Patrick et White (2005) affirment qu'il est difficile de mettre en pratique des théories du leadership, ils pensent néanmoins que des interventions de formation peuvent favoriser l'adoption de comportements de leadership. Cummings et coll. (2010) estiment aussi qu'il est possible de développer des qualités de leader par des activités de formation précises et ciblées (2008). Tourangeau et coll. (2003) ainsi que McPhee et Bouthillette (2008) ont constaté qu'un programme concentré s'adressant à des résidents permet de renforcer les comportements de leadership chez des chefs des soins infirmiers en formation ou expérimentés.

Dans une méta-analyse des études publiées sur l'effet des programmes de développement du leadership à l'intention des gestionnaires, Collins et Holton (2004) ont observé toute une tendance émergente de leadership transformationnel, mais relativement peu de données sur la formation ou sur les résultats obtenus. Ils ont également constaté qu'il y a peu d'études empiriques sur les résultats de différentes interventions comme l'encadrement, le mentorat ou les rétroactions. Ces auteurs recommandent de faire le suivi de l'efficacité de ces programmes de développement du leadership. La recherche dans ce domaine doit se pencher sur des questions comme les soutiens, les obstacles à l'intérêt et à la réussite chez les chefs exerçant leurs fonctions, et les outils d'évaluation pour le leadership et le rendement en soins infirmiers.

En se basant sur un examen systématique plus récent des études publiées sur les interventions de formation, Cummings et coll. (2008) ont déterminé que les styles de leadership transformationnels et fortement relationnels favorisent l'efficacité du leadership. Les auteurs recommandent des recherches sur les résultats de différentes interventions de développement du leadership. Il conviendrait de décrire les obstacles observés, l'effet de la durée du programme et de ses caractéristiques en termes de renforcement des comportements de leadership.

Recommandations aux organismes d'agrément

7.0 Les organismes d'agrément des services de santé et les établissements d'enseignement tiennent compte des recommandations ci-dessus.

Discussion sur les données probantes

La qualité du leadership infirmier détermine la qualité des milieux de travail dans lesquels les infirmières prodiguent des soins (Clifford, 1998; Scott, et. coll., 1999; Upenieks, 2002c). Clifford (1998) voudrait que les fonctions de l'infirmière en chef au sein des organismes soient normalisées et bien définies. Les titulaires de ces postes seraient responsables des soins infirmiers au sein de la direction. Avoir une infirmière exerçant des fonctions importantes et influentes au sein d'une organisation est un critère à l'agrément des hôpitaux qui attirent et maintiennent en poste le personnel infirmier; ce critère a été associé à des résultats positifs dans de nombreuses études. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JC) des États-Unis exige que les services infirmiers soient dirigés par une infirmière en chef qui a fait des études supérieures et qui possède de l'expérience en gestion, qui a la responsabilité d'instaurer et d'approuver les normes de pratique, les politiques et les procédures en soins infirmiers et qui participe aux activités d'amélioration à l'échelle de l'organisation (JCAHO, 2005).



Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario se propose de mettre à jour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de la manière suivante :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision). Le processus sera réalisé tous les cinq ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période entre l'élaboration et la révision, le personnel du programme de l'AIIAO sur les milieux de travail sains surveillera régulièrement les nouvelles revues systématiques et les études dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel du projet peut recommander de procéder plus tôt que prévu au plan de révision. Une consultation auprès d'une équipe d'élaboration de lignes directrices, formée de membres du groupe d'origine et d'autres spécialistes du domaine, précède la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de cinq ans.
4. Six mois avant l'échéance de révision de cinq ans, le personnel du projet commencera à planifier le processus de révision en :
 - a) invitant des spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe initial ainsi que d'autres spécialistes recommandés;
 - b) compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des milieux de mise en œuvre;
 - c) compilant la documentation pertinente;
 - d) établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La version révisée de la ligne directrice sera transmise selon les modes de fonctionnement et les processus établis.

Évaluation et surveillance des lignes directrices

Nous encourageons les organisations qui mettent en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains (Développement et maintien du leadership infirmier) à se pencher sur la façon dont la mise en œuvre et ses conséquences seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, basé sur le *Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier (Figure 2)*, donne des exemples d'indicateurs qu'il est possible d'utiliser pour la surveillance et l'évaluation. Bon nombre de ces indicateurs peuvent être mesurés en utilisant une ou plusieurs mesures des concepts du modèle de leadership, tel que le documente l'inventaire de ces mesures à l'**Annexe B**.

Niveau de l'indicateur	Mode d'organisation	Processus	Résultat	Mesure
Objectif	Évaluer les soutiens organisationnels qui permettent aux infirmières d'acquiescer des pratiques efficaces de leadership et d'en faire preuve.	Évaluer les processus organisationnels et les comportements relatifs au leadership qui sont liés aux cinq pratiques de leadership.	Évaluer l'incidence de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice, à tous les niveaux.	Mesurer les indicateurs de surveillance des modes d'organisation, des processus et des résultats.
Organisation/unité	<p>Plans précis de l'organisation visant la mise en œuvre des lignes directrices sur le leadership.</p> <p>Des modes de fonctionnement respectant les recommandations relatives au soutien organisationnel sont observables dans l'organisation, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un poste d'infirmière en chef; ■ Des infirmières en tant que cadres subalternes lorsque la prestation de services infirmiers est une activité principale; ■ Une étendue des responsabilités pour les gestionnaires; ■ Une gouvernance partagée par des comités de gouvernance des soins infirmiers; ■ Des programmes d'orientation et de préceptorat qui abordent de nombreux aspects et qui répondent aux besoins des nouveaux employés; ■ L'accès à des programmes de développement du leadership; ■ Des partenariats avec des établissements d'enseignement afin de proposer des formations en leadership de type formel; ■ Les descriptions de travail qui comprennent des attentes en ce qui a trait aux comportements de leadership. 	<p>Mécanismes de communication établis et utilisés, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bulletins, forums ouverts, accès au courrier électronique. <p>Mise en place et utilisation d'outils de mesure de la charge de travail afin de bien planifier la dotation.</p> <p>Mise en place et utilisation de systèmes de surveillance des résultats en matière de leadership efficace, par ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfaction des infirmières; ■ Congés de maladie; ■ Roulement; ■ Durée des vacances de poste. <p>Encouragement de la formation continue par un soutien en matière de frais de scolarité et des mesures d'horaire flexible;</p> <p>Prises de mesures de planification de la relève pour les cadres.</p>	<p>Résultats organisationnels, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Taux de roulement; ■ Congés de maladie; ■ Stabilité du personnel de direction; ■ Taux de conservation. 	<p>Statistiques des ressources humaines, niveau de départ et tendances à long terme en ce qui concerne le nombre d'infirmières gestionnaires par rapport au nombre de membres du personnel, le taux de roulement, les congés de maladie, le maintien en poste des infirmières de tous les niveaux.</p> <p>Échelle du roulement prévu (Hinshaw et Atwood, 1983-1985).</p> <p>Sondage sur l'évaluation des soins infirmiers (Maehr et Braskamp, 1986).</p> <p>Outil d'évaluation culturel de l'unité de soins infirmiers (Coeling et Simms, 1993).</p> <p>Indice du travail infirmier (Aiken et Patrician, 2000).</p> <p>Le Modèle de l'Hôpital d'Ottawa sur les indicateurs de l'étendue des responsabilités des gestionnaires cliniques en matière de prise de décisions (L'Hôpital d'Ottawa, 2003).</p> <p>Nombre de personnes aux études supérieures.</p> <p>Échelle NWI du milieu de pratique (Financement de la formation continue) (Lake, 2002).</p> <p>Échelle du milieu de pratique professionnelle (Erickson et coll., 2004).</p> <p>Indice des milieux de travail canadiens (Estabrooks et coll., 2002).</p> <p>Milieu de travail infirmier perçu (Choi, Bakken, Larson, Du et Stone, 2004).</p>

Niveau de l'indicateur	Mode d'organisation	Processus	Résultat	Mesure
Leader en soins infirmiers	<p>Disponibilité de la formation et du soutien pour les infirmières gestionnaires (déjà expérimentées ou en formation) à tous les niveaux.</p> <p>Nombre d'infirmières qui ont accès à des occasions de leadership.</p> <p>Nombre d'infirmières qui ont accès au soutien et à la formation en leadership.</p>	<p>Les infirmières exerçant diverses fonctions font preuve de leurs compétences en leadership liées aux cinq pratiques en la matière par des comportements décrits dans la ligne directrice.</p> <p>Évaluations du rendement selon un calendrier établi, y compris l'auto-évaluation.</p> <p>Les comportements de leadership sont évalués dans le cadre de l'évaluation du rendement.</p>	<p>Résultats auprès des infirmières, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfaction des infirmières; ■ Épuisement; ■ Motivation; ■ Engagement envers l'organisation. <p>Résultats auprès des étudiantes, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation de la qualité de l'expérience d'apprentissage; ■ Satisfaction à l'égard des soins infirmiers et de l'expérience d'apprentissage. 	<p>Questionnaire sur la description du climat organisationnel des infirmières (Duxbury, Henly et Armstrong, 1982).</p> <p>Questionnaire de description du comportement de leadership (Stogdill, 1963).</p> <p>Inventaire des pratiques de leadership (Kouzes et Posner, 1988).</p> <p>Styles de leadership de soutien; Échelle de soutien de leader en soins infirmiers et échelle de soutien du gestionnaire du service (McGilton, 2003).</p> <p>Échelle à six dimensions (6D) du rendement infirmier (Schwirian, 1978).</p> <p>Inventaire de l'épuisement de Maslach (Maslach et Jackson, 1986).</p> <p>Indice de la satisfaction au travail (Stamps et Piedmonte, 1986).</p> <p>Échelle d'engagement envers l'organisation (Porter, Steers, Mowday et Boulian, 1974).</p> <p>Échelle de satisfaction au travail des infirmières (Hinshaw et Atwood, 1983-1985).</p> <p>Échelle de satisfaction au travail (Hinshaw et Atwood, 1983-1985).</p>
Patient/client	<p>Des programmes d'amélioration de la qualité ont été mis en place.</p>	<p>Surveillance continue des effets des décisions des gestionnaires sur les patients, l'attribution des ressources et la qualité.</p> <p>Les processus par lesquels les patients ont la possibilité d'exprimer des rétroactions sur les soins leur sont expliqués et sont accessibles.</p>	<p>Satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers.</p> <p>Rétroaction documentée des patients sur les soins infirmiers.</p> <p>Nombre de problèmes non résolus relatifs aux soins des patients.</p>	<p>Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins infirmiers (Eriksen, 2005).</p>
Finances			<p>Économies relatives au recrutement et au maintien en poste.</p> <p>Économies relatives aux congés de maladie.</p> <p>Économies relatives aux heures supplémentaires.</p>	



Références

- Abraham, P. (2011). Developing Nurse Leaders: A program enhancing staff nurse leadership skills and professionalism. *Nursing Administration Quarterly*, 35(4), 306-312.
- Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, Santé Canada. Consulté le 5 mai 2005 à l'adresse : www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf
- Adams, C. (1994). Innovative behaviour in nurse executives. *Nursing Management*, 25(5), 44-47.
- Aiken, L. et Patrician, P., (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49, 146-153.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H. et coll. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L., Smith, H. et Lake, E. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(5), 771-787.
- Aiken, L., Sochalski, J. et Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11), NS6-NS18.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Allen, T. D., Eby, L. T., Poteet, M. L., Lentz, E., Lima, L. (2004). Career Benefits Associated with Mentoring for Proteges: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89(1), 127-136.
- Altieri, L. (1995). Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the commonwealth of Pennsylvania: A descriptive study. (Thèse de doctorat, George Mason University).
- American Association of Colleges of Nursing (AACN). Task Force on Hallmarks of the Professional Practice Setting. (2002). *Hallmarks of the professional nursing practice environment*. January, 2002. AACN. Consulté le 24 septembre 2004 sur à l'adresse : <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/hallmarks.htm>
- American Nurses Association [ANA]. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- Anderson, B. et Manno, M. (2010). Listening to nurse leaders: Using national database of nursing quality indicators data to study excellence in nursing leadership. *The Journal of Nursing Administration*, 40(4), 182-187.
- Anderson, D. et Ackerman Anderson, L. (2001). *Beyond change management: Advanced strategies for today's transformational leaders*. San Francisco : Jossey Bass/Pfeiffer.
- Anderson, R., Corazzini, K. et McDaniel, R. Jr. (2004). Complexity science and the dynamics of climate and communication: Reducing nursing home turnover. *The Gerontologist*, 44(3), 378-388.
- Anderson, R., Issel, L. et McDaniel, R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: Relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52, 12-21.
- Antrobus, S. et Kitson, A. (1999). Nursing leadership: Influencing and shaping health policy and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 746-753.
- Apker, J., Zabava Ford, W. et Fox, D. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: The effect of nursing roles, professional autonomy and supportive communication. *Nursing Economic\$,* 21(5), 226-232.
- Argyris, C. et Schön, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and Practice*. Reading, MA : Addison Wesley.
- Arnetz, B. et Blomkvist, V. (2007). Leadership, mental health, and organizational efficacy in health care organizations. Psychosocial predictors of healthy organizational development based on prospective data from four different organizations. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 242-248.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]. (2006). *Collaborative Practice Among Nursing Teams*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]. (2007). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto, ON : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). Commission d'experts (juin 2012). *A Nursing Call to Action: The health of our nation, the future of our health system*. Consulté à l'adresse <http://www.cna-aiic.ca.expertcommission/>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2001). *Quality professional practice environments for Registered Nurses*. Ottawa, ON : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2002). *Planning for future : Nursing human resource projections*. Ottawa, ON : Auteur
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2003a). *Succession planning for nursing leadership*. Ottawa, ON : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2003b). *Ethical distress in health care environments. Ethics in practice for Registered Nurses*. Consulté le 23 février 2005 à l'adresse : http://www.cna-nurses.ca/cna/practice/ethics/inpractice/default_e.aspx
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2005). *Nursing leadership in a changing world. Nursing Now, Issues and Trends in Canadian Nursing, 18(1)*. Consulté le 22 avril 2005 à l'adresse : <http://www.cna-nurses.ca/cnal>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2011). *2009 WORKFORCE PROFILE of Registered Nursing in Canada*. Consulté à l'adresse : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2009_RN_Snapshot_e.pdf
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto , ON : Auteur.
- Avolio, B. J., Zhu, W., Koh, W. et Bhatia, P. (2004). Transformational leadership and organizational commitment: Mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behaviour, 25(8)*, 951-968.
- Axelsson, R. (1998). Towards an evidence-based health care management. *International Journal of Health Planning and Management, 13*, 307-317.
- Baguley, K. (1999). Workplace Empowerment, Job Strain and Affective Organizational Commitment in Critical Care Nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behaviour. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- Baird, A. et St-Amand, R. (1995). *Trust within the organization part 2 – Building Trust*. Consulté le 27 août 2004 à l'adresse : http://www.pscfcfp.gc.ca/publications/monogra/mono2_e.htm
- Baker, C. M., Ogden, S. J., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation. Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration, 29(3)*, 11-20.
- Ballein Search Partners. (2003). *Why senior nursing officers matter: A national survey of nursing executives*. Consulté le 23 février 2005 sur le site Web de la American Organization of Nurse Executives : www.hospitalconnect.com/aone/docs/03sno-survey.pdf
- Barger, S. (2004). An academic-service partnership: Ideas that work. *Journal of Professional Nursing, 20*, 97-102.
- Bar-On, R. (1987). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: User's manual*. Toronto , ON : Multi-health Systems.
- Barry-Walker, J. (2000). The impact of system redesign on staff, patient and financial outcomes. *Journal of Nursing Administration, 30(2)*, 77-89.
- Bass, B. (1995). *Multifactor Leadership Questionnaire*. Binghamton, NY : State University of New York.
- Bass, B. et Avolio, B. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development, 4*, 231-272.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et coll. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa , ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Beaulieu, R., Shamian, J., Donner, G. et Pringle, D. (1997). Empowerment and commitment of nurses in long-term care. *Nursing Economic\$, 15(1)*, 32-41.
- Bell, J. et Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation, 10(4)*, 94-97.

- Berwick D. (1996). Harvesting knowledge from improvement (éditorial). *The Journal of the American Medical Association*, 275, 877- 878.
- Bethune, G. (2005). *Performance improvement: The leadership perspective. Excellence in Nursing Knowledge*. Consulté le 15 mars 2005 à l'adresse : <http://www.nursingknowledge.org/Portal/mian.aspx?Patelde=3514&IssueNo=7&ArticleNo>
- Blais, K., Hayes, H., Kozier, B., et Erb, G. (2002). *Professional nursing practice concepts and perspectives*, 4^e édition. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Blanchfield, K. et Biordi, D. (1996). Power in practice: A study of nursing authority and autonomy. *Nursing Administration Quarterly*, 20(3), 42-46. 100.
- Blanzola, C., Lindeman, R. et King, M. L. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for Nurses in Staff Development*, 2(20), 27-37.
- Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Blegen, M. et Good, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L., Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.
- Blegen, M. et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$, 16(4)*, 196-203.
- Bliss-Holtz, J., Winter, N. et Scherer, E. (2004). An invitation to magnet accreditation. *Nursing Management*, 35(9), 36-42.
- Block, P. (1987). *The empowered manager*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Bono, J. E., Folds, H. J., Vinson, G. et Muros, J. P. (2007). Workplace emotions: the role of supervision and leadership. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1357-1367.
- Boughn, S. (1995). An instrument for measuring autonomy-related attitudes and behaviours in women nursing students. *Journal of Nursing Education*, 34, 106-113.
- Boumans, N. et Landeweerd, J. (1993). Leadership in the nursing unit: Relationships with nurses' well being. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), 767-775.
- Bournes, D. A. et Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20. An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science quarterly*, 20(3), 237-253.
- Bousfield, C. (1997). A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 245-256.
- Bowman, D. *The five best ways to build – and lose – trust in the workplace*. Consulté le 24 septembre 2004 à l'adresse : <http://www.ttgconsultants.com/articles/trustworkforce.html>
- Boyle S. M. (2004). Nursing unit characteristics and patient outcomes. *Nursing Economics*, 3(22), 111-119.
- Boyle, D., Bott, M., Hansen, H., Woods, C. et Taunton, R. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.
- Boyle, D. K. et Kochinda, C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *The Journal of Nursing Administration*, 34(2), 60-70.
- Branch, C. et Fraser, I. (2001). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities?, *Medical Care Research and Review*, 57(1), 181-217.
- Brody, A. A., Barnes, K., Ruble, C., Sakowski, J. (2012). Evidence-based practice council's potential path to staff nurse empowerment and leadership growth. *Journal of Nursing Administration*, 42(1), 28-33.
- Broome, K., Knight, D., Edwards, J. et Flynn, P. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 160-170.
- Bryman, A., Bensen, M., Beadsworth, A., Ford, J., et Keil, E. (1987). The concept of the temporary system: The case of the construction project. *Research in the Sociology of Organizations*, 5, 253-283.
- Buckingham, M. et Coffman, C. (1999). *First break all the rules*. New York : Simon and Schuster.
- Bunderson, J. (2001). How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behaviour*, 22, 717-741.

- Burner, O. (1983). The organizational structure of air force hospitals and its effect on management of nursing services. (Thèse de doctorat, Claremont Graduate School).
- Burns, J. (1978). *Leadership*. New York : Harper and Row.
- Cadman, C. et Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324.
- Campbell, S. L., Fowles, E. R. et Weber, B. J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*, 6(21), 564-71.
- Cardin, S. (1995). Outcomes of unit effectiveness in relation to the leadership role of nurse managers in critical care nursing. (Thèse de doctorat, University of California)
- Carney, M. (2004). Middle manager involvement in strategy development in not-for-profit organizations: the director of nursing perspective – how organizational structure impacts on the role. *Journal of Nursing Management*, 1(12), 13-21.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advanced Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Cartwright, N. (2007). *Hunting causes and using them: Approaches in philosophy and economics*. New York : Cambridge University Press.
- Cathcart, D., Jeska, S., Karnas, J., Miller, S. Pechacek, J. et Rheault, L. (2004). Span of control matters. *Journal of Nursing Administration*, 34(9), 395–399.
- Chandler, G. (1986). The relationship of nursing work environments to empowerment and powerlessness. (Thèse de doctorat, University of Utah).
- Cherniss, C., Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K. et Adler, M. (1998). *A technical report issued by the Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*. Consulté le 21 avril 2004 à l'adresse : http://www.eiconsortium.org/research/technical_report.htm
- ChiokFoongLoke, J. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9(4), 191-204.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71–79.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y. et Stone, P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, 53, 370-8.
- Clarke, M. et Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook*, 4^e éd., Oxford, Royaume-Uni : The Cochrane Collaboration.
- Clifford, J. (1998). *Restructuring: The Impact of hospital organization on nursing leadership*. San Francisco : American Hospital Association.
- Cochrane Collaboration. *Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions*. Consulté le 7 mai 2005 à l'adresse : <http://www.cochrane.org/consumers/sysrev.htm#levels>
- Coeling, H. et Simms, L. (1993). Facilitating innovation at the nursing unit level through cultural assessment, part 1: How to keep management ideas from falling on deaf ears. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 46-53.
- Coff, R. et Rousseau, D. (2000). *Sustainable competitive advantage and employability: Is it a "win-win" situation?* Dans : Leana, C. R. et Rousseau, D. M. (édit.). *Relational wealth: The advantages of stability in a changing economy*. Oxford : Oxford University Press.
- Coile, R. (1999). Magnet hospitals: Ten Strategies to becoming a model nursing employer. *Russ Coile's Health Trends*, 11(8), 1-4.
- Collège canadien des leaders en santé [CCLS]. (2010). *The LEADS in a Caring Environment Capabilities Framework*. Consulté à l'adresse : <http://www.leadersforlife.ca/>.
- Collins, D. (2002). The effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982-2001. (Thèse de doctorat. Louisiana State University et Agricultural and Mechanical College).
- Collins, D. et Holton, E. (2004). The Effectiveness of managerial leadership development programs: A meta-analysis of studies from 1982 to 2001. *Human Resources Development Quarterly*, 15(2), 217-248.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Our health, our future : Creating quality workplace for Canadian nurse*. Ottawa , ON : Comité consultatif des ressources humaines en santé.

- Comité consultatif des ressources humaines en santé (2000). *The Advisory Committee on Health Human Resources*. The Nursing Strategy for Canada. Octobre 2000. Consulté le 13 mai 2005 à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Conchie, B. (2004). The seven demands of leadership. What separates great leaders from all the rest? *Gallup Management Journal*, 13 mai 2004. Consulté le 8 décembre 2004 à l'adresse : <http://gmj.gallup.com/content/default.asp?ci=11614>
- Conger, J. et Kanungo, J. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Cook, J. et Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfillment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52.
- Cook, M. (2001). The renaissance of clinical leadership. *International nursing review*, 48, 38-46.
- Cooke, R. et Lafferty, J. (1987). *Organizational Culture Inventory (OCI)*. Plymouth, MI : Human Synergistics.
- Cooper, M. et Wheeler, M. M. (2010). Building successful mentoring relationships. *Canadian Nurse*, 106(7), 34-35.
- Cooperrider, D. et Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life part 2. *Research in organizational Change and Development*, 1, 129-169.
- Corley, M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.
- Corley, M., Elswick, R., Gorman, M. et Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2) 250-256.
- Corrigan, P., Lickey, S., Campion, J. et Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services*, 51(6), 781-785.
- Council of Ontario University Programs in Nursing [COUPN]. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto, ON : Auteur.
- Covey, S. R., (1990). *The 7 Habits of Highly Effective People*, New York : Simon & Schuster.
- Cronkhite, L. (1991). Role of the hospital nursing administrator in a changing health care environment – A study of conflicts and values. (Thèse de doctorat, University of Milwaukee).
- Crossley, J. (1993). Chief nursing officer governing body proximity, direct reporting relationship and professionalism as predictors of chief nursing officer role conflict and role ambiguity. *Dissertation Abstracts International*, 54 (4), 1, 887B.
- Cummings, C., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L. et coll. (2008). Factors contributing to nursing leadership : a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240-248.
- Cummings, G. G. (2004). Investing relational energy: The hallmark of resonant leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 17(4), 76-87
- Cummings, G. G. (2006). Hospital restructuring and nursing leadership: a journey from research question to research program. *Nursing Administration Quarterly*, 30(4), 321-329.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E. et coll. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 363-385.
- Cummings, G. et Estabrooks, C. (2003). The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed: A systematic review of impact. *International Journal of Sociology and Policy*. 23(8/9), 8-53.
- Cummings, G. et McLennan, M. (2005). Advanced practice nursing. Leadership to effect policy change. *Journal of Nursing Administration*, 35(2), 61-66.
- Cummings, G., Hayduk, L. et Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 2(54) 2-12.
- Cummings, G. G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 508-518.
- Cunningham, G. et Kitson, A. (2000a). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 1). *Nursing Standard*, 15(12), 34-37.
- Cunningham, G. et Kitson, A. (2000b). An evaluation of RCN clinical leadership development programme (part 2). *Nursing Standard*, 15(13-15), 34-40.

- Daly, B., Douglas, S. et Kelley, C. (2005). Benefits and challenges of developing a program of research. *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 364-377.
- Davenport, T., DeLong, D. et Beers, M. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43-57.
- Davidson, P. M., Elliott, D. et Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice: implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 180-187.
- Définitions de fairness (équité). Consulté le 2 juin 2005 à l'adresse : <http://www.google.ca/search?hl=en&lr=&oi=defmore&q=define:fairness>
www.cogsci.princeton.edu/cgi-bin/webwn
- DeLong, D. et Fahey, L. (2000). Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14(4), 113-127.
- Dempster, J. (1991). *Dempster practice behaviours scale. Instrumentation for measurement of autonomy*. Los Angeles, CA : American Nurses Council of Nurse Researchers Meeting, 1991 Proceedings.
- Devine, G. et Turnbull, L. (2002). *Nurses' definitions of respect and autonomy in the workplace: Summary of focus groups with Canadian nurses*. Consulté le 4 mai 2005 à l'adresse : www.hc-sc.gc.ca/english/for-you/nursing/cnac/report/appendixC.htm
- Dickson, G. (2008). *Genesis of the leaders for life framework*. Victoria, C.-B. : Leaders for Life (HCLABC).
- Dirks, K. et Ferrin, D. (2002). Trust in leadership: Meta-analytic findings and implications for organizational research. *Journal of Applied Psychology*, 87, 611-628.
- Disch, J., Walton, M. et Barnsteiner, J. (2001). The role of the clinical nurse specialist in creating a healthy work environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 345-355.
- Disch, J., Dreher, M., Davidson, P., Sinioris, M. et Waino, J. (2011). The role of the chief nursing officer in ensuring patient safety and quality. *Journal of Nursing Administration*, 41 (4), 179-185.
- Donaldson, N. et Rutledge, D. (1998). Expediting the harvest and transfer of knowledge for practice in nursing: Catalyst for a journal. *The Online Journal of Clinical Innovations*, 1(2), 1-25.
- Donner, G. et Wheeler, M. (2009). *Coaching in Nursing: An introduction*. International Council of Nurses et The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.
- Doran, D., Koh, M., Dick, A., Heys, L., VanWirchen, C., Yim, O. (2012). *Leading practices and programs for developing leadership among health care professionals at the point-of-care. Final Report for MOHLTC*. Consulté depuis le Nursing Health Services Research Unit : http://www.nhsru.com/wp-content/uploads/FINAL-for-Website_No-Appendix_Developing-Leadership-at-the-Point-of-care-Report_March2012.pdf
- Dreachslin, J. (2002). Communication: Bridging the racial and ethnic divide in health care management. *Health Care Manager*, 20(4), 10-18.
- Drucker, P. (1990). *Managing the non-profit organization. Principles and practices*. New York : Harper Collins Publishers.
- Dubuc, L. (1995). Job empowerment and commitment in military nursing: An extension study. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- 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: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 16(1), 11-17.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10, 46-58.
- Dunham, J. et Fisher, E. (1990). Nurse executive profile of excellent nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 15(1), 1-5.
- Dunham-Taylor, J. (1995). Identifying the best in nurse executive leadership, Part 2, interview results. *Journal of Nursing Administration*, 25(7), 24-31.
- Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3), 23-26.
- Duxbury, L. et Higgins, C. (2003). *Work-life conflict in Canada in the new millennium. A status report*. Consulté le 15 février 2006 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/work-travail/report2/index.html>
- Duxbury, M., Henly, G. et Armstrong, G. (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 32(2), 83-88.

- Ekvall, G., Arvonen, J. et Waldenstrom-Lindbald, I. (1983). *Creative organizational climate, construction and validation of a measuring instrument*. Stockholm : Fa-institute.
- Emmerling, R. et Goleman, D. (2003). Octobre. *Emotional intelligence issues and common misunderstandings*. Consulté le 8 juin 2005 à l'adresse : <http://eqi.org/gole3.htm>
- Englebart, S. (1993). The relationship of nurse manager behaviours and characteristics to subordinates' perceptions of the work unit climate. (Thèse de doctorat, Virginia Commonwealth University)
- Erickson, J., Hamilton, G., Jones, D. et Ditomassi, M. (2003). The value of collaborative governance/staff empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 96-104.
- Erickson, M., Duffy, M., Gibbons, P., Fitzmaurice, J., Ditomassi, M. et Jones, D. (2004). Development and psychometric evaluation of the Professional Practice Environment (PPE) scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 279-285.
- Eriksen, L. (1988). Satisfaction with nursing care questionnaire. (révisé). Consulté le 1^{er} juin 2005 à l'adresse : <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/ASP/instruments.asp?Instruments=Satisfaction+with+Nursing+Care+Questionnaire+%28revised%29>
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74-84.
- Estabrooks, C., Tourangeau, A., Humphrey, C., Hesketh, K., Giovannetti, P., Thomson, D. et coll. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 256-68.
- Evans, J. (1992). *A preliminary study to develop an instrument to measure head-nurse self-efficacy*. Résumé de la 5th national conference on Nursing Administration Research.
- Farley, M. (1989). Assessing communication in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 19(12), 27-31.
- Fenton, M. (1988). Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 1, 8-11.
- Ferguson-Paré, M. (1998). Nursing leadership and autonomous professional practice of Registered Nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(2), 7-30.
- Ferguson-Paré, M., Mitchell, G., Perkin, K. et Stevenson, L. (2002). Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) background paper on leadership. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 4-8.
- Field, M. et Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fletcher, C. (2001). Hospital RNs' job satisfaction and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 324-31.
- Foley, R., et Wurmser, TA. (2004). Culture Diversity/A Mobile Workforce Command Creative Leadership, New Partnerships, and Innovative Approaches to Integration. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), 122-128.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2004). *À l'écoute II : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*. Ottawa : Auteur.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Thèmes de recherche clés – Leadership, organisation et politique des services infirmiers*. Consulté sur le site Web de la FCRSS le 2 juin 2005 : http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_e.php
- Fox, R., Fox, D. et Wells, P. (1999). Performance of first-line management functions on productivity of hospital unit personnel. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), 12-18.
- Garvin, D. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, (4), 78-91.
- Gasper, J. (1992). Transformational Leadership: An integrative review of the literature. (Thèse de doctorat, Western Michigan University).
- Gaudine, A. et Beaton, M. (2002). Employed to go against one's values: Nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 17-34.
- Gelinas, L. et Manthey, M. (1997). The impact of organizational redesign on nurse executive leadership. *Journal of Nursing Administration*, 27(10), 35-42.

- George, V., Burke, L., Rodgers, B., Duthie, N., Hoffmann, M., Koceja, V. et coll. (2002). Developing staff nurse shared leadership behaviour in professional nursing practice. *Nursing Administration Quarterly*, 26(3), 44-59
- Giber, D., Carter, L. et Goldsmith, M. (2000). *Best practices in leadership development handbook*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Gifford W. A., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P., Lybanon, V. (2007). Managerial leadership for nurses' use of research evidence: An integrative review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 126-145
- Gifford, B., Zammuto, R. et Goodman, E. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*, 47(1), 13-25.
- Gifford, W. A., Davies, B., Graham, I. D., Lefebvre, N., Tourangeau, A. E., Woodend, K. (2008). A mixed methods pilot study with a cluster randomized control trial to evaluate the impact of a leadership intervention on guideline implementation in home care nursing. *Implementation Science*, 3, 1-10
- Gifford, W. A., Davies, B., Tourangeau, A. E., Lefebvre, N. (2011). Developing team leadership to facilitate guideline utilization: Planning and evaluating a three month intervention strategy. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 121-132
- Gifford, W. A., Davies, B. L., Tourangeau, A. E., Woodend, K., Lefebvre, N. (2013). Developing Leadership Capacity for Guideline Use: A Pilot Cluster Randomized Control Trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 51-65.
- Gil, F., Rico, R., Alcover, C. M., Barrasa, A. (2005). Change-oriented leadership, satisfaction and performance in work groups: Effects of team climate and group potency. *Journal of Managerial Psychology*, 20(3/4), 312-328.
- Gillert, A. et Chuzischvili, G. (2004) Dealing with Diversity; A Matter of Beliefs. *Industrial and Commercial Training*, 36(40), 166-170.
- Gillespie, A. et Mann, L. (2004) Transformational leadership and shared values: The building blocks of trust. *Journal of Managerial Psychology*, 19(6), 588-607.
- Gittell, J. (2001). Supervisory span, relational coordination and flight departure performance: A reassessment of postbureaucracy theory. *Organization Science*, 12, 468-483.
- Glasgow, R. E., Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., Bull, S. S. et Estabrooks, P. (2004). The future of health behavior change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine*, 27(1), 3-12.
- Goddard, M. et Laschinger, H. (1997). Nurse managers' perceptions of power and opportunity. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(2), 40-66.
- Gokenbach, V. (2004). The effects of an empowerment model intervention on registered nurse turnover and absenteeism. (Thèse de doctorat, University of Phoenix).
- Goldhaber, G. et Rogers, D. (1979). *Auditing organizational communication systems: The ICA communication audit*. Dubuque, IA : Kendall/Hunt.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York : Bantam Books.
- Goleman, D., Boyatzis, R. et McKee, A. (2002). *The New Leaders: Transforming the Art of Leadership Into the Science of Results*. London : Little, Brown.
- Goleman, D., Boyatzis, R. et McKee, A. (2002). *Primal leadership: Recognizing the power of emotional intelligence*. Boston : Harvard Business School Press.
- Goodman, P. (2001). *Missing organizational linkages: Tools for cross-level organizational research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Gouvernement du Québec. (1994). *An Act respecting health services and social services. R.S.Q., chapter S-4.2*. (Mise à jour du 5 juillet 1994. Dernière modification, 17 juin 1994).
- Govers, M. (1997). Workplace empowerment and job performance in ambulatory care. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- Greenberg, L. (1996). *Allowing and accepting emotional experience*. Dans : Kavanaugh, R., Zimmerberg, B., Fein, S. (édit.), *Emotion: Interdisciplinary perspectives*. pp. 315-336. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Griffin, P., El-Jardali, F., Tucker, D., Grinspun, D., Bajnok, I. et Shamian, J. (2008). *A comprehensive conceptual model for healthy work environments for nurses*. [présentation de diapositives]. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

- Griffiths, P., Renz, A., Hughes, J. et Rafferty, A. M. (2009). Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection*, 73(1), 1-14.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. Dans : D. L. Gustafson (édit.), *Care and consequences*. Halifax, N-É : Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2010). *The Social Construction of Nursing Caring*. (Thèse de doctorat, Université York).
- Grossman, J. et Mackenzie, F. J. (2005). The randomized controlled trial: gold standard, or merely standard?. *Perspectives in biology and medicine*, 48(4), 516-534.
- Groupe de travail sur les infirmières et infirmiers en chef des services de santé publique (août 2011). *Public Health Chief Nursing Officer Working Group Report*, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, auteur.
- Gullo, S. R. et Gerstle, D. S. (2004). Transformational leadership and hospital restructuring: a descriptive study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 11(5), 259-66.
- Haines, J. (1993). *Leading in a time of change. The challenge for the nursing profession – A discussion paper*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Hanna, L. (1999). Lead the way, leader. *Nursing Management*, 30(11), 36-39.
- Hansen, M., Nohria, N. et Tierney, T. (1999). What's your strategy for managing Knowledge? *Harvard Business Review*, 77(2), 106-116.
- Harrison, R. (1992). *Diagnosing organizational culture*. New York : Pfeiffer.
- Harvard Business Review. (2001). *Managing Diversity*. Harvard Business School Press.
- Hatcher, S. (1993). The relationship between power perceptions of nurse managers and burnout: A test of Kanter's theory of structural power. (Mémoire de maîtrise non publié, Université Western Ontario).
- Hatcher, S. et Laschinger, H. (1996). Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 74-94.
- Havens, D. et Vasey, J. (2003). Measuring staff nurse decisional involvement: decisional involvement scale. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 331-336.
- Hechanova-Alampay, R., et Beehr, T. (2001). Empowerment, span of control, and safety performance in work teams after workforce reduction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 275-282.
- Heeley, F. (1998). Leading with integrity: How to balance conflicting values. *Health Progress*, 79(5), 60-62.
- Heifetz, R. et Laurie, D. (2001). The work of leadership. *Harvard Business Review*, (2), 106-117.
- Heller, F. (2003). Participation and power: A critical assessment. *Applied Psychology: An International Review*, 52, 144-163.
- Hemman E. (2000). Leadership profiles of senior nurse executives. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(1), 21-30.
- Henderson, A. (2003). Nurses and workplace violence: Nurses' experience of verbal and physical abuse at work. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(4), 82-98.
- Herbert, R. et Edgar, L. (2004). Emotional intelligence: A primal dimension of nursing leadership?. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 56-63.
- Herold, D. M., Fedor, D. B., Caldwell, S. et Liu, Y. (2008). The effects of transformational and change leadership on employees' commitment to a change: a multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 346-357.
- Hersey, P. et Blanchard, K. (1988). *Management of organizational behaviour: Utilizing human resources*. (5^e éd.). Englewood Cliffs NJ : Prentice-Hall.
- Hinshaw, A. (1986). *Socialization and resocialization of nurses for professional nursing practice*. Dans : Hein, E. C., Nicholson. M. E. (édit.), *Contemporary leadership behaviour: Selected readings*, 2^e éd. Boston, MA : Little, Brown.
- Hinshaw, A. et Atwood, J. (1980). Anticipated turnover study: A pilot stage Instrument. (résumé). *Communicating Nursing Research*, 12, 56-56.

- Hinshaw, A., et Atwood, J. (1983-1985). *Anticipated turnover among nursing staff study*. (rapport final pp.292-305). DHHS Division of Nursing Grant No. 1 ROI NU00908, U. S. Department of Health and Human Services, Division of Nursing, Rockville, MD.
- Hood, J. et Smith, H. (1994). Quality of work life in home care: The contribution of leaders' personal concern for staff. *Journal of Nursing Administration*, 24(1), 40-47.
- Houghton Mifflin Company. (1995). *Identity. Roget's II: The New Thesaurus*. 3^e éd. Consulté le 6 juin 2005 à l'adresse : Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>
- Houghton Mifflin Company. (2004). *Identity. The American heritage dictionary of the English language*. 4^e éd. Consulté le 6 juin 2005 à l'adresse : Answers.com: <http://www.answers.com/main/ntquery?tname=identity&print=true>
- Howard, A. (1997). *The empowering leader: Unrealized opportunities*. Dans : *The Balance of Leadership and Followership Working Papers*, Baltimore, MD : Academy of Leadership Press.
- Huber, D., Maas, M., McCloskey, J., Scherb, C., Goode, C. et Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 251-272.
- Huffman, J. (1995). *Staff nurses' perceptions of work empowerment and control over nursing practice in community hospital settings*. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- Hui, C. (1994). Effects of leader empowerment behaviours and follower's personal control, voice and self-efficacy on in-role and extra-role performance. An extension of Conger and Kanungo's empowerment process model. (Thèse de doctorat, Indiana University)
- Hurst, J. (1996). Building hospital TQM teams: Effective polarity analysis and maximization. *The Health Care Supervisor*, 15(1), 68-75.
- Huy, Q. (2002). Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers. *Administrative Science Quarterly*, 47, 31-69.
- Ingersoll, G., Fisher, Ross, B., Soja, M. et Kidd, N. (2001). Employee response to major organizational redesign. *Applied Nursing Research*, 14(1), 18-28.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2001). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada, 2000*. Ottawa : Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2002a). *Supply and distribution of Registered Nurses in Canada 2001*. Ottawa : Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2002b). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa : Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2004). *Workforce trends of Registered Nurses in Canada, 2004*. Ottawa : Auteur.
- Institute of Medicine of the National Academies [IOM], Board on Health Care Services. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC : National Academy Press.
- Institute of Medicine of the National Academies [IOM]. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC : National Academy Press.
- Irvine, D. et Evans, M. (1992). Job satisfaction and turnover among nurses: A review and meta-analysis. *Quality of Nursing Worklife Research Unit Monograph Series*. Toronto, Canada.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, Inc.
- Jeans, M. et Rowat, K. (2005). *Competencies required of nurse managers: Identifying the skills, personal attributes and knowledge required of nurse managers, and the enablers and barriers for nurse managers to acquire and sustain these competencies. The pulse of renewal: A focus on nursing human resources. Mai 2005. Special report*. Toronto , ON : Canadian Journal of Nursing Leadership.
- Jeffs, L., MacMillan, K., McKey, C. et Ferris, E. (2009). Nursing leaders' accountability to narrow the safety chasm: insights and implications from the collective evidence base on healthcare safety. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 22(1), 86-98.
- Johnson, B. (1996). *Polarity management: Identifying and managing unsolvable problems*. Amherst, MA : HRD.
- Johnson, D. et Johnson, R. (1995). *Social interdependence, cooperative learning in education*. Dans : B. B. Bunker et J. Z. Rubin (édit.), *Conflict, cooperation and justice*. San Francisco : Jossey-Bass.

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. *JCAHO Standards and Reference Crosswalk Contents*. Consulté le 2 juin 2005 à l'adresse : http://www.wramc.army.mil/JCAHO/Division.cfm?d_id=13
- Jones, K. (2005). Leading an empowered organization (LEO): does it work?. [compte-rendu] *British Journal of Community Nursing*, 10, 92-6.
- Jones, L., Soeken, K. et Guberski, T. (1986). Development of an instrument to measure self-reported leadership behaviours of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 3, 180-185.
- Joni, S. (2004). The geography of trust. *Harvard Business Review*, 82, 83-88
- Judkins, S. K. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurse Researcher*, 12, 58-70.
- Kanter, R (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57(4), 65-75.
- Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation*. 2^e éd. New York : Basic Books.
- Kanter, R. (1999). The enduring skills of change leaders. *Leader to Leader*, 13(3). Consulté le 29 avril 2004 à l'adresse : <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121summer99/kanter.html>
- Kanungo, R. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67, 341-349.
- Katz, R. (1982). The effects of group longevity on project communication and performance. *Administrative Science Quarterly*, 27, 81-104.
- Katzman, E., (1989). Nurses' and physicians' perceptions of nursing authority. *Journal of Professional Nursing*, 5(4), 208-214.
- Kemerer, R. (2003). *Leadership: What works in the real health care world*. Healthcare Papers, 4(1), 37-38.
- Kilty, H. (2003). *Nursing leadership development in Canada. A descriptive status report and analysis of leadership programs, approaches and strategies: Domains and competencies; knowledge and skills; gaps and opportunities*. Ottawa , ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- King, T. (2000). Paradigms of Canadian nurse managers: Lenses for viewing leadership and management. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 15-20.
- Kitson, A., Harvey, G. et McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
- Knox, S. et Irving, J. (1997b). Nurse manager perceptions of health care executive behaviours during organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 27(11), 33-39.
- Knox, S. et Irving, J., (1997a). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 39-47.
- Kofman, R. (1994). Check-in, check-out: A tool for real conversations. *The Systems Thinker*, 5(4), 8-9.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston : Harvard Business School Press.
- Kouzes, J. et Posner, B. (1988). *The Leadership Practices Inventory*. San Diego : Pfeiffer.
- Kouzes, J. et Posner, B. (1995). *The leadership challenge. How to keep getting extraordinary things done in organizations*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Kovner, A., Elton, J. et Billings, J. (2000). Transforming health management: An evidence-based approach. *Frontiers of Health Services Management*, 16(4), 3-24.
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51, 13-19.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. et Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nursing*, 8(34) 44-7.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part I: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(1), 13-24.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals – Part II: Institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration*, 18(2), 1-11.

- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (2002). *Staff nurses identify essentials of magnetism*. Dans : McClure, M., Hinshaw, A. (édit.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- Krecji, J. (1999). Changing roles in nursing: Perceptions of nurse administrators. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 21-29.
- Kroposki, M., Murdaugh, C., Tavakoli, A. et Parsons, M. (1999). Role clarity, organizational commitment and job satisfaction during hospital reengineering. *Nursing Connections*, 12(1), 27-34.
- Krugman, M. et Smith, V. (2003). Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of nurse in staff development*, 33(5), 284 -292.
- Krugman, M. (1989). *An investigation of the relationship between nurse executive socialization and occupational image*. (Thèse de doctorat, University of Denver)
- Lageson C. (2004). Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 4(19), 336-42
- Lageson, C. (2001). First line nurse manager and quality: Relationship between selected role functions and unit outcomes. (Thèse de doctorat, University of Wisconsin-Milwaukee)
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Lambert, V. et Nugent, K. E. (1999). Leadership Style for facilitating the Integration of Culturally Appropriate Health Care. *Seminars for Nurse Managers*, 7(4), 172-178.
- Laschinger, H. (1996). A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
- Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 354-364.
- Laschinger, H. (2004). *Scoring of nursing work empowerment scales*. Consulté le 2 juin 2005 à l'adresse : <http://publish.uwo.ca/~hkl/scoring.html>
- Laschinger, H. et Havens, D. (1996). Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35.
- Laschinger, H. et Havens, D. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 27(6), 42-50.
- Laschinger, H. et Shamian, J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perceptions of job related empowerment and managerial self efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 38-47.
- Laschinger, H., Almost, J. et Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7/8), 410-422.
- Laschinger, H., Almost, J., Purdy, N. et Kim, J. (2004). Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured health care settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 88-105.
- Laschinger, H. et coll. (2013). Part 1: The influence of personal and situational predictors on nurses' aspirations to management roles: Preliminary findings of a national survey of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 217-230.
- Laschinger, H., Finegan, J. et Shamian, J. (2001a). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19(2)*, 42-52.
- Laschinger, H., Finegan, J. et Shamian, J. (2001b). The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. et Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured health care settings: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. et Wilk, P. (2000). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Laschinger, H., Sabiston, J. et Kutzcher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20, 341-352.
- Laschinger, H. et Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Rapport final de projet pour le Concours de subventions ouvert de la FCRSS n° RC1-0964-06. Rapport non publié.

- Laschinger, H., Wong, C., McMahon, C. et Kaufmann, C. (1999). Leader behaviour impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.
- Laschinger, H. K., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A., PineauStam, L. M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877-888.
- Laschinger, H. K. S., Shamian, J. et Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economic\$, 19*, 209-219.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Leach, L. S. (2005). Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 35, 228-37.
- Leana, C. et VanBuren, H. (1999). Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review*, 24, 538-555.
- Leatt, P. et Porter, J. (2003). Where are the healthcare leaders : the need for investment in leadership development. *Healthcare Papers*, 4(1), 14-31.
- Lee, H., Spiers, J. A., Yurtseven, O., Cummings, G. G., Sharlow, J., Bhatti, A. et coll. (2010). Impact of leadership development on emotional health in healthcare managers. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1027-1039.
- Léger Marketing. (2003). *How Canadians perceive various professions*. Consulté le 8 juin 2005 à l'adresse : www.mantnu.ca/news/trusted_prof.pdf
- Lemire Rodger, G. (2005). *Leadership challenges and directions*. Dans : Hibberd, J. M., Smith, D. L. (édit.), *Nursing leadership and management in Canada*, 3^e éd. Toronto, ON : Elsevier Canada.
- Levasseur, R. (2004). The impact of a transforming leadership style on follower performance and satisfaction: A meta-analysis. (Thèse de doctorat, Walden University).
- Lewicki, R. et Bunker, B. (1996). *Developing and maintaining trust in work relationships*. Dans : Kramer, R. N., Tyler T. R. (édit.), *Trust in organizations: Frontiers in theory and research*, pp. 114-139. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Lindholm, M., Dejin-Karlsson, P., Östergren, P. O. et Udén, G. (2003). Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self-rated health. *Journal of Advanced Nursing*, 42(5), 506-515.
- Litwin, G. et Stringer, R. (1968). *Motivation and organizational climate*, 2^e éd. Boston : Division of Research, Harvard University.
- Loi sur les hôpitaux publics (1990). Règlement 965 (modifié)*. Consulté le 9 mai 2005 à l'adresse : http://192.75.156.68/DBLaws/Regs/English/900965_e.htm
- Long, J. (2004). *Factors that influence nurse attrition: An analysis of the relationship between supervisor leadership style and subordinate job satisfaction*. (Thèse de doctorat, Capella University).
- Lowe, G. (2004a). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Présentation donnée à la 4^e conférence internationale annuelle de l'AllIAO – Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge. 17 novembre 2004, Markham (Ontario).
- Lowe, G. (2004b). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Préparé pour Stratégies sur la santé en milieu de travail, Santé Canada. Graham Lowe Group Inc.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2), 93-106.
- Maas, M. et Jacox, A. (1977). *Guidelines for nurse autonomy/patient welfare*. New York : Appleton-Century Crofts.
- MacLeod, H. (2011). We have a perfect storm – Let's use it. *Healthcare Papers*, 11 (3), 61-66.
- MacLeod, L. (2010). Nursing Leadership: Ten Compelling Reasons for Having a Nurse Leader on the Hospital Board. *Nurse Leader*, 8(5), 44-47.
- MacPhee, M., Bouthillette, F. (2008). Developing leadership in nurse managers: the British Columbia Nursing Leadership Institute. *Nursing Leadership*, 21(3), 64-75.
- Macy, B., Peterson, M. et Norton, L. (1989). A test of participation theory in a work redesign field setting: Degree of participation and comparison site contrasts. *Human Relations*, 42, 1095-1165.
- Madison, J. (1994). The value of mentoring in nursing leadership: A descriptive study. *Nursing Forum*, 29(4), 16-23.

- Maehr, J. et Braskamp, L. (1986). *The motivation factor: A theory of personal investment*. Lexington : Lexington Books.
- Manojlovich, M. et Talsma, A. (2007). Identifying nursing processes to reduce failure to rescue. *Journal of Nursing Administration*, 27(11), 504-509.
- Manojlovich, M. (2005). A leadership strategy to improve practice. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 271-278.
- Marville-Williams, C. (2007). Understanding the ideal inpatient unit environment where professional teams and employees provide patient-centred care. (Mémoire de maîtrise, Royal Roads University).
- Maslach, C. et Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. 3^e éd. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Maslove, L. et Fooks, C. (2004). *Our health, our future: Creating quality workplaces for Canadian nurses – A progress report on implementing the final report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Ottawa , ON : Canadian Policy Research Networks Inc.
- Matthews, S., Laschinger, H. K. et Johnstone, L. (2006). Staff nurse empowerment in line and staff organizational structures for chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 526-533.
- May, D., Hodges, T., Chan, A. et Avolio, B. (2003). Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*, 32(3), 247-260.
- Mayer, J. et Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?*, Dans : Salovey, P., Sluyter, D. J. (édit.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. pp. 3-31. New York : Basic Books.
- Mayer, J., Caruso, D. et Salovey, P. (1998). *The Multifactor Emotional Intelligence Scale*. Rapport non publié disponible des auteurs.
- Mayer, R. et Gavin, M. (1999). *Trust for management and performance: Who minds the shop while the employees watch the boss?*, Présentation lors d'une séance interactive du congrès annuel de l'Academy of Management, Chicago.
- Mayer, R., Davis, J. et Schoorman, F. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- McBurney, M. (1997). The Relationship between first-line nurse managers' perceptions of job-related empowerment and occupational stress in a large acute care teaching hospital. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- McClure, M., Poulin, M., Sovie, M. et Wandelt, M. (2002). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (The Original Study)*. Dans : McClure M., Hinshaw, A. (édit.), *Magnet hospitals revisited*. Washington, DC : American Academy of Nurses.
- McCutcheon, A. (2004). *The relationship between span of control, leadership and performance*. (Thèse de doctorat non publiée, Université de Toronto).
- McDaniel, C. et Wolf, G. (1992). Transformational leadership in nursing service. A test of theory. *Journal of Nursing Administration*, 22(2), 60-65.
- McDermott, K., Laschinger, H. et Shamian, J. (1996). Work empowerment and organizational commitment. *Nursing Management*, 27(5), 44-49.
- McDowell, A. (2004). What strategies will support leaders during rapid change? (Mémoire de maîtrise, Royal Roads University).
- McGillis Hall, L. (édit.). (2004). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury : Jones and Barlett Publishers.
- McGillis Hall, L., McGilton, K., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L. et coll. (2005). Enhancing the quality of supportive supervisory behaviour in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 181-187.
- McGilton, K. (2003). Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 72-86.
- McGilton, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L. et Krejci, J. (2004). *Monograph*. Toronto : University of Toronto Faculty of Nursing and Toronto Rehabilitation Institute.
- McKay, C. (1995). Staff nurses' job related power and perceptions of managerial transformational leadership. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- McKey, C. (2002). Leadership practices, organizational commitment, conditions of work effectiveness of chief nursing officers in Ontario's restructured hospitals. (Thèse de doctorat, Capella University).
- McNally, K. et Lukens, R. (2006). Leadership development: An external-internal coaching partnership. *Journal of Nursing Administration*, 36(3), 155-161.

- McNeese-Smith, D. (1995). Job satisfaction, productivity and organizational commitment: The result of leadership. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26.
- McNeese-Smith, D. (1997). The influence of manager behaviour on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *Journal of Nursing Administration*, 27(9), 47-55.
- McPhee, M. et Bouthillette, N. (2008). Developing leadership in nurse managers: The British Columbia Nursing Leadership Institute, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21 (3), 64-75.
- Medley, F. et Larochelle, D. (1995). Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*, 26(9), 64JJ-LL, 64NN.
- Meyer, R., O'Brien-Pallas, L., Doran, D., Streiner, D., Ferguson-Paré, M. et Duffield, C. (2011). Front-line managers as boundary spanners: Effects of span and time on nurse supervision satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 19, 611-622.
- Michigan Hospitals. *Glossary of Terms*. Consulté le 4 octobre 2004 à l'adresse : http://www.michiganhospitalprofiles.org/glossary_of_terms.htm
- Mishra, A. et Spreitzer, G. (1998). Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice and work redesign. *Academy of Management Review*, 23(3), 567-588.
- Mohr, W. et Mahon, M. (1996). Dirty hands: The underside of marketplace health care. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 28-37.
- Mok, E. et Au-Yeung, B. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10(3), 129-137.
- Morgan, J. C. et Konrad, T. R. (2008). A mixed-method evaluation of a workforce development intervention for nursing assistants in nursing homes: The case of WIN a STEP UP. *Gerontologist*, 48(SPEC. ISS. 1), 71-79.
- Morrison, R., Jones, L. et Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27-34.
- Moynihan, R. (2004). *Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis*. Millbank Memorial Fund. Consulté le 22 novembre 2004 à l'adresse : <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/Moynihan.pdf>
- Mueller, C. et McCloskey, J. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), 113-117.
- Mullen, B., Symons, C., Hu, L. et Salas, E. (1989). Group size, leadership behaviour and subordinate satisfaction. *Journal of General Psychology*, 116, 155-169.
- National Health and Medical Research Council (1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. National Health and Research Council [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp30.pdf>.
- Needleman, J. et Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. (éditorial) *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-77.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nespoli, G. (1991). Staff nurse perceptions of a positive relationship with an appointed first-line manager who is perceived as a leader. (Thèse de doctorat, Adelphi University).
- Nicklin, W. (2001). "Thank you" isn't enough. *Healthcare Management Forum*, 13(3), 6-9.
- Norrish, B. et Rundall, T. (2001). Hospital restructuring and the work of Registered Nurses. *Millbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto, ON : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- O'Brien, L. (1997). The relationship between Registered Nurses' perceptions of job-related empowerment and occupational mental health. A Test of Kanter's theory of organizational behaviour. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- O'Connor, M., Theol, B. et Chapman, Y. (2008). The palliative care clinical nurse consultant: An essential link. *Collegian*, 15, 151-157.
- O'May, F. et Buchan, J. (1999). Shared governance: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 281-300.
- Oberle, K. et Tenove, S. (2000). Ethical issues in public health nursing. *Nursing Ethics*, 7(5), 425-438.

- O'Neil, E., Morjikian, R. L., Cherner, D., Hirschhorn, C. et West, T. (2008). Developing nursing leaders: an overview of trends and programs. *Journal of Nursing Administration*, 38(4), 178-183.
- Ontario Public Health Association. (1996). *Making a Difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Canada : Gouvernement de l'Ontario.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2002). *Professional standards*. Toronto , ON : Auteur
- Ott, K. M., Haddock, K. S., Fox, S. E., Shinn, J. K., Walters, S. E., Hardin, J. W. et coll. (2009). The Clinical Nurse Leader: impact on practice outcomes in the Veterans Health Administration. *Nursing Economic\$, 27(6)*, 363-367.
- Ovretveit J. (2005). Leading improvement. *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), 413-430
- Parsons, M. et Stonestreet, J. (2002). Factors that contribute to nurse manager retention. *Nursing Economic\$, 23(3)*, 120-126.
- Paterson, K., Henderson, A. et Trivella, A. (2010). Educating for leadership: a programme designed to build a responsive health care culture. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 78-83.
- Patrick, A. et White, P. (2005). Scope of nursing leadership. Dans : L. McGillis Hall (édit.), *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers.
- Patrick, A., Laschinger, H., 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.
- Peachy, G. (2002). The effect of leader empowering behaviours on staff nurses' workplace empowerment, psychological empowerment, organizational commitment and absenteeism. (Thèse de doctorat, Université McMaster)
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. et Long, L. (2004). *A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care*. Health Care Reports. Adelaide, Australie : The Joanna Briggs Institute.
- Peck, M. (1988). *Head nurse fit with staff, administration, and situation: Impact on unit performance and staff satisfaction*. (Thèse de doctorat, University of Utah).
- Pederson, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
- Perra, B. (2000). Leadership: The key to quality outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 24(2), 56-61
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R. et Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Peters, T. et Waterman, Jr. R. (1982). *In search of excellence*. New York : Harper & Row.
- Pielstick, C. (1998). The transforming leader: A meta-ethnographic analysis. *Community College Review*, 26(3), 15-35.
- Pincus, J. (1986). Communication: Key contributor to effectiveness – The research. *Journal of Nursing Administration*, 16(9), 19-25.
- Ploeg, J., de Witt, L., Hutchison, B., Hayward, L., Grayson, K. (2008). Evaluation of a research mentorship program in community care. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 22-33.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R. et Boulian, P. (1974). Organizational commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609.
- Porter-O'Grady, T. (1992). Transformational leadership in an age of chaos. *Nursing Administration Quarterly*, 17(1), 17-24.
- Porter-O'Grady (2011). Future of nursing special: leadership at all levels. *Nursing Management*, 42(45), 32-37.
- Posner, B., Kouzes, J. et Schmidt, W. (1985). Shared values make a difference: An empirical test of corporate culture. *Human Resources Management*, 24(3), 293-309.
- Price, J. et Mueller, C. (1986). *Handbook of organizational measurement*. Marshfield, MA : Pitman.
- Ray, M., Turkel, M. et Marino, F. (2002). The transformation process for nursing in workforce redevelopment. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 1-14.
- Recker, D., Bess, C. et Wellens, H. (1996). A decision-making process in shared governance. *Nursing Management*, 27(5), 48A-48D.

- Redman, R. W. (2006). Leadership succession planning: An evidence-based approach for managing the future. *JONA*, 36(6), 292-297.
- Redmond, G. (1995). "We don't make widgets here" voices of chief nurse executives. *Journal of Nursing Administration*, 25(2), 63-69.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Nursing leadership and quality care*. Vancouver : Auteur
- Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). *Educational support for competent nursing practice*. Consulté le 24 septembre 2004 à l'adresse : <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>
- Reid, K. B. et Dennison, P. (2011). The Clinical Nurse Leader: Point-of-care Safety Clinician. *The Online Journal Issue of in Nursing*, 16(3), 4.
- Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé (2004). Consulté entre novembre 2004 et juin 2005 à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>
- Renz, D. et Eddy, W. (1996). Organizations, ethics, and health care: Building an ethics infrastructure for a new era. *Bioethics Forum*, 2, 29-39.
- Reyna, S. (1992). Leadership styles of nurse managers and how they affect the motivation level of nursing staff. (Thèse de doctorat, University of Texas).
- Roberts, K. et O'Reilly, C. (1974). Measuring organizational communication. *Journal of Applied Psychology*, 59(3), 321-326.
- Robertson, K. (1991). *Registered Nurses' perceptions of leadership systems of nurse managers and quality of work life conditions and feelings*. (Thèse de doctorat. University of Alabama at Birmingham).
- Robinson, C. (2001). Magnet nursing services recognition: Transforming the critical care environment. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 1-18.
- Rokeach, M. (1973). *The Nature of human values*. New York : Free Press.
- Romanow, R., (2002). *Building on values: The future of health care in Canada*. Ottawa , ON : Gouvernement du Canada.
- Rosengren, K., Bondas, T., Nordholm, L. et Nordstrom, G. (2010). Nurses' views of shared leadership in ICU: a case study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 26(4), 226-233.
- Rothmann, S. et Coetzee, S. (2003). *Dispositional characteristics, quality of work life and effectiveness of members of self managing teams*. Affiche présentée au 11th European Congress of Work and Organizational Psychology, Lisbonne, Portugal, 14-17 mai 2003.
- Rousseau, D. et Tijorwala, S. (1999). What's a good reason to change? Motivated reasoning and social accounts in promoting organizational change. *Journal of Applied Psychology*, 84(4), 514-528.
- Russell, J. E. A. et Adams, D. M. (1997). The changing nature of mentoring in organizations: An introduction to the special issue on mentoring in organizations. *Journal of Vocational Behavior*, 51, 1-14.
- Rutledge, D. et Donaldson, N. (1995) Building organizational capacity in research utilization. *Journal of Nursing Administration*. 25(10), 12-6.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A. et coll., (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 174-180.
- Sabo, K., Duff, M. et Purdy, B. (2008). Building leadership capacity through peer career coaching: A case study. *Nursing leadership*, 21(1), 27-35.
- Salovey, P. et Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Santé Canada. *Office of Nursing Policy*. Consulté le 6 octobre 2005 à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/onp-bpsi/index_e.html
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9), 478-85.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. San Francisco : John Wiley and Sons.
- Schutzenhofer, K. (1988). *Measuring professional autonomy in nurses*. Dans : Strickland, O. L., Waltz, C. F. (édit.), *Measurement of nursing outcomes. Measuring nursing performance: Practice, education and research*. New York : Springer.
- Schwirian, P. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-351.
- Scott, J., Sochalski, J. et Aiken, L. (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]. *Levels of evidence and grades of recommendation*. Dans : *A guideline developers' handbook*. Consulté le 7 mai 2005 à l'adresse : <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>
- Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2000). First Minister's Meeting Communiqué on Health. Communiqué. Réunion des premiers ministres, Ottawa , ON : 11 septembre 2000.
- Sellgren, S. F., Ekvall, G. et Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 578-587.
- Sellgren, S. F., Kajermo, K. N., Ekvall, G. et Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3181-3189.
- Senge, P. M. (1990) *The Fifth Discipline. The art and practice of the learning organization*. London : Random House
- Severinsson, E. (1996). Nurse supervisors' views of their supervisory styles in clinical supervision: A hermeneutical approach. *Journal of Nursing Management*, 4(4), 191-199.
- Severinsson, E. et Hallbeerg, I. (1996). Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 151-161.
- Shea, G. (2001). *Leading change*. Dans : S. Rovin (édit.), *Medicine and business: Bridging the gap* (pp.33-52). Gaithersburg, MD : Aspen Publications.
- Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20(6), 497-504.
- Shipton, H., Armstrong, C., West, M. et Dawson, J. (2008). The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 439-445.
- Shirey, M. (2004). Social support in the workplace: Nurse leader implications. *Nursing Economic\$,* 22(6), 313-319.
- Sietsema, M. et Spradley, B. (1987). Ethics and administrative decision-making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4), 28-32.
- Silva, M. (1998). Organizational and administrative ethics in health care: An ethics gap?, *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Simms, L., Erbin-Roesemann, M., Darga, A. et Coeling, H. (1990). Breaking the burnout barrier: Resurrecting work excitement in nursing. *Nursing Economic\$,* 8(3), 177-187.
- Simpson, B., Skelton-Green, J., Scott, J. et O'Brien-Pallas, L. (2002). Building capacity in nursing: Creating a leadership institute. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 22-27.
- Six, F. (2004). *Trust and trouble: Building interpersonal trust within organizations*. Consulté le 4 novembre 2004 à l'adresse : <http://hdl.handle.net/1765/1271>
- Skarlicki, D. et Dirks, K. (2002). Leader as a builder of trust. *HR.com June 28, 2002*. Consulté le 28 mai 2004 à l'adresse : <http://www.olin.wustl.edu/faculty/dirks/HRcom.pdf>
- Skelton Green, J. (1996). The perceived impact of committee participation on the job satisfaction of staff nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(2), 7-35.
- Skinner, C. et Spurgeon, P. (2005) Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18(1), 1-12.
- Sleutel, M. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-58.
- Snow, J. (2001). Looking beyond nursing for clues to effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 440-443
- Snyderman, G. (1988). Leadership styles of head nurses and the job satisfaction of Registered Nurses and aides. (Thèse de doctorat, Temple University).
- Song, B., Daly, B., Trudy, E., Douglas, S. et Dyer, M. (1997). Nurses job satisfaction, absenteeism and turnover after implementing a special care unit model. *Research in Nursing and Health*, 20, 443-452.
- Sovie, M. et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.

- Splane, R. et Splane, V. (1994). *Chief nursing officer positions in national ministries of health. Focal points for nursing leadership*. San Francisco : University of California School of Nursing.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38, 1442-65.
- Squires A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 3(36) 272-278.
- Srivastava, R. (2005) *Presentation: Culturally Competent Leadership Practices: The good, the bad, and the Uncertain*. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Nursing Leadership Conference, The Changing Face of Nursing Leadership: Diversity, Partnerships, Innovations. Ottawa, ON.
- Stamps, P. et Piedmonte, E. (1986). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Ann Arbor, MI : Health Administration Press Perspectives.
- Stanhope, M. et Lancaster, J. (2000). *Community and public health nursing*. St. Louis : Mosby.
- Stogdill, R. (1963). *Manual for the leader behavior description questionnaire – Form XII*. Columbus : Ohio State University, Bureau of Business Research.
- Stone, R., Reinhard, S., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C., Hawes, et coll. (2002). *Evaluation of the Wellspring model for improving nursing home quality*. The Commonwealth Fund.
- Storch, J., Rodney, P., Pauly, B., Brown, H. et Starzomski, R. (2002). Listening to nurses' moral voices: Building a quality health care environment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(4), 7-16.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C. et D'hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49(1), 37-43.
- Storr L. (2004). Leading with integrity: a qualitative research study. *Journal of Health Organization & Management*, 18, 415-34.
- Strader, M. et Decker, P. (1995). *Role transition to patient care management*. Norwalk, CT : Appleton and Lange.
- Strasen, L. (1992). *The image of professional nursing: Strategies for action*. Philadelphie : Lippincott.
- Strebel, P. (1996). Why do employees resist change? *Harvard Business Review*, 74, 86-92.
- Sullivan, J., Bretschneider, J. et McCausland, M. (2003). Designing a leadership development program for nurse managers: An evidence-driven approach. *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 55-549.
- Suominen, T., Savikko, N., Puukka, P., Doran, D. I. et Leino-Kilpi, H. (2005). Work empowerment as experienced by head nurses. *Journal of Nursing Management*, 13, 147-53.
- Tagnesi, K., Dumont, C., Rawlinson, C. et Byrd, H., III (2009). The CNO: challenges and opportunities on the journey to excellence. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 159-167.
- Taunton, R., Boyle, D., Woods, C., Hansen, H. et Bott, M. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 19(2), 205-226.
- Taylor, A., Sylvestre, J. et Botschner, J. (1998). Social support is something you do, not something you provide: Implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisurability*, 25(4). Consulté le 3 mars 2005 à l'adresse : www.lin.ca/resource/html/Vol25/v25n4a2.htm
- The Ottawa Hospital Management Work-Group. (2003). *The Ottawa Hospital model of nursing clinical practice: Clinical management span of control decision-making indicators*. Non publié. L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario.
- Thompson, J. et Bunderson, J. (2003). Violations of principle: Ideological currency in the psychological contract. *Academy of Management Review*, 28(4), 571-587.
- Thomson, D., Dunleavy, J. et Bruce, S. (2002). *Nurse Job Satisfaction – Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*. Rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa.
- Titchen, A. (2000). Professional craft knowledge in patient-centred nursing and the facilitation of its development. (Thèse de doctorat, University of Oxford)

- Tomblin Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Birch, S., Kephart, G., Pennock, M., et coll. (2003). *Health human resources planning: An examination of relationships among nursing service utilization, an estimate of population health and overall health status outcomes in the province of Ontario*. Résumé. Consulté le 1^{er} juin 2005 à l'adresse : www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/tomblin_e.pdf
- Tomey, A. M. (2009). Nursing leadership and management effects work environments. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 15-25.
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tourangeau, A., Lemonde, M., Luba, M., Dakers, D. et Alksnis, C. (2003). Evaluation of a leadership development intervention. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 16(3), 91-104.
- Traynor, M. et Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 127-136.
- Tucker Scott, K. (2004). *Nurses of influence: A paradigm of leadership*. (Thèse de doctorat, Université de Toronto).
- Tucker, A. et Edmondson, A. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 1-18.
- Udod, S. et Care, W. (2004). Setting the climate for evidence-based nursing practice: What is the leader's role? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(4), 64-75.
- United States Agency for Health care Research and Quality [USAHRQ]. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety*. Résumé, rapport sur les données probantes/évaluation des technologies. Numéro 74. Rockville.
- University of Texas Repository of Nursing Administration Instruments. (s. d). Consulté à l'adresse : <http://www.sph.uth.tmc.edu/eriksen/>
- Upenieks, V. (2000). The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 330-335.
- Upenieks, V. (2002a). What constitutes successful nurse leadership? A qualitative approach utilizing Kanter's theory of organizational behaviour. *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 622-632.
- Upenieks, V. (2002b). The interrelationship between and meaning of power and opportunity, nursing leadership, organizational characteristics of magnet Institutions and clinical nurse job satisfaction. (Thèse de doctorat, University of Washington).
- Upenieks, V. (2002c). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.
- Upenieks, V. (2003a). What constitutes effective leadership? *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 456-467.
- Upenieks, V. (2003b). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership and nursing job satisfaction. *Health Care Manager*, 22(2), 83-98.
- Upenieks, V. (2003c). Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 140-152.
- Upshur R. (1997). Certainty, probability and abduction: why we should look to C. S. Pierce rather than Godel for a theory of clinical reasoning? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 201-206.
- Urwick, L. (1956). The manager's span of control. *Harvard Business Review*, 3, 39-47.
- Villarruel, A. M. et Peragallo N. (2004). Leadership development of Hispanic nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 3(28), 173-80.
- Vitello-Cicciu, J. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34(10), 28-32.
- Volk, M. et Lucas, M. (1991). Relationship of management style and anticipated turnover. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 10(1), 35-40.
- Waite, P. et Richardson, G. (2004). Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*, 33(3), 178-183.
- Wallach, E. (1983). Individuals and organizations: The cultural match. *Training and Development Journal*, 37, 29-36.
- Walsh, C. et Clements, C. (1995). Attributes of mentors as perceived by orthopaedic nurses. *Orthopaedic Nursing*, 14(3), 49-56.
- Walshe, K. et Rundall, T. (2001). Evidence-based management: From theory to practice in health care. *The Millbank Quarterly*, 79(3), 429-458.

- Walston, S. et Kimberly, J. (1997). Reengineering hospitals: Experience and analysis from the field. *Hospital and Health Services Administration*, 42(2), 143-63.
- Ward, K. (2002). A vision for tomorrow: Transformational nursing leaders. *Nursing Outlook*, 50(3), 121-126.
- Weberg, D. (2010). Transformational leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), 246-258.
- Webster, G. et Baylis, F. (2000). *Moral residue*. Dans : Rubin, S. R., Zoloth, L. (édit.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD : University Publishing Group.
- Weiss, D., Dawis, R., England, G. et Lofquist, L. (1997). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. Industrial Relations Center, University of Minnesota, 1967.
- Wesorick, B., Shyiparski, L., Troseth, M., Wyngarden, K. (1998). *Council Field Book: Strategies and Tools for co-creating a healthy workplace*. Grand Rapids : Practice Field Pub.
- Wesorick, B. T. et Shiparski, L. (1997). *Can the Human being thrive in the work place? Dialogue as a strategy of hope*. Grand Rapids : Practice Field Pub.
- Wheatley, M. (2002). *Turning to one another: Simple conversations to restore hope to the future*. San Francisco : Berrett-Koehler Publishers.
- White, B. (2000). Moral leadership of nurse executives. (Thèse de doctorat, University of Northern Colorado).
- Whyte, H. (1995). Staff Nurse Empowerment and Job Satisfaction. (Mémoire de maîtrise, Université Western Ontario).
- Wieck, K., Prydun, M. et Walsh, T. (2002). What the emerging workforce wants in its leaders. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 283-288.
- Wilson, B. et Laschinger, H. (1994). Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: A test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Journal of Nursing Administration*, 24(4S), 39-47.
- Wolf, M. (1996). Changes in leadership styles. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 27, 245-252.
- Wong, C. et coll. (2012). Part 2: Nurses' career aspirations to management roles: Qualitative findings from a national study of Canadian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21, 231-241.
- Wong, C. A. et Cummings, G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 15(5), 508-521.
- Wood-Allen, D. (1998). How nurses become leaders: Perceptions and beliefs about leadership development. *Journal of Nursing Administration*, 28(9), 15-20.
- Woodham-Smith, C. (1951). *Florence Nightingale, 1820-1910*. New York : McGraw-Hill Book Co.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-58.
- Zammuto, R. et Krakower, J. (1991). *Quantitative and qualitative studies of organizational culture, Volume 5*. Greenwich, CT : JAI Press.

Annexe A : Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de lignes directrices dans un milieu de prestation des soins est une question multidimensionnelle qui comporte de nombreuses difficultés à tous les niveaux. La mise en application des connaissances dans n'importe quel milieu de pratique exige plus d'efforts qu'une simple diffusion grâce à laquelle les intervenants auront entendu parler du document. L'application des lignes directrices dans un milieu de pratique donné passe nécessairement par l'adaptation à ce contexte. L'adaptation doit être systématique et participative afin de s'assurer que les recommandations sont mises en œuvre en tenant compte des spécificités du contexte donné (Straus, Tetroe et Graham 2009). L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario recommande l'utilisation de la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e éd.)* (AIIAO, 2012b), qui propose un processus basé sur des données probantes pour une mise en œuvre systématique et bien planifiée.

La Trousse repose sur de nouvelles données selon lesquelles les chances d'une adoption réussie des pratiques exemplaires en santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- les chefs de file de tous les niveaux se sont engagés à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices;
- la sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique;
- il faut déterminer qui sont les intervenants pertinents (étant donné le thème des lignes directrices) et s'assurer qu'ils s'engagent à participer au processus de mise en œuvre;
- il y a eu une évaluation de l'état de préparation du milieu en ce qui a trait à la mise en œuvre pour que l'on puisse connaître son incidence sur l'adoption des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorisant l'utilisation des lignes directrices sont évalués et traités;
- les responsables sélectionnent des interventions qui favorisent l'utilisation des lignes directrices;
- l'utilisation des lignes directrices fait l'objet d'une surveillance systématique et ne cesse pas;
- l'évaluation des effets de l'utilisation des lignes directrices fait partie intégrante du processus;
- des ressources répondant aux besoins sont disponibles pour l'exécution de toutes les activités ayant un lien avec l'un ou l'autre des aspects de la mise en œuvre des lignes directrices.

La *Trousse* utilise le modèle de mise en pratique des connaissances. Dans le modèle, le processus de sélection d'une ligne directrice se trouve dans le triangle au centre du schéma. Les différentes étapes utilisées pour la mise en œuvre des recommandations des lignes directrices dans un milieu donné sont décrites d'une manière détaillée. Le cadre de mise en pratique des connaissances (Figure 3) (AIIAO, 2012b; Straus et coll., 2009) décrit ces étapes.

Cadre de mise en pratique des connaissances

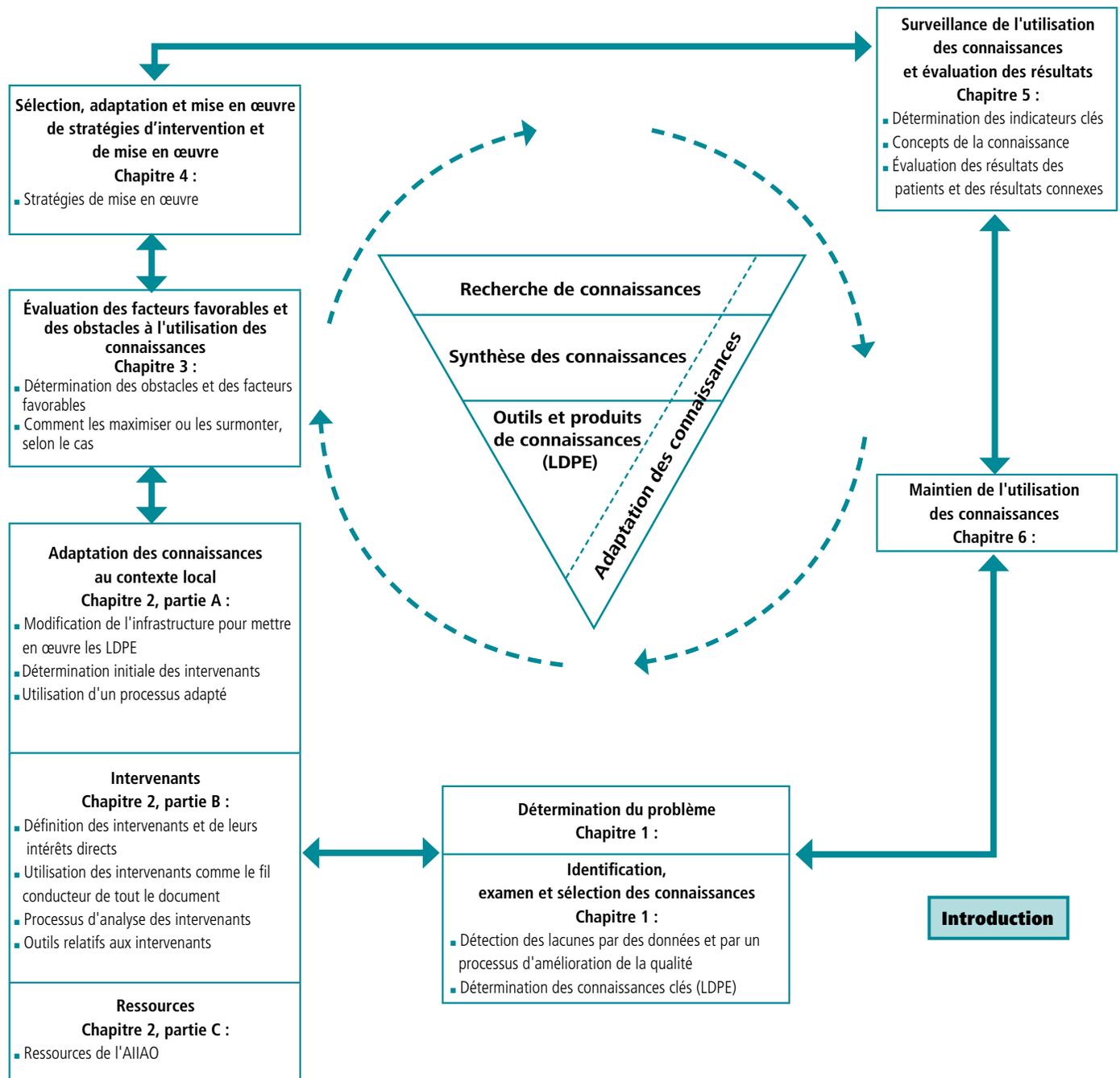


Figure 3. Cadre révisé de mise en pratique des connaissances

Remarque. Adapté de Knowledge Translation in Health Care: moving from Evidence to Practice, S. Straus, J. Tetroe, et I. Graham, 2009. Blackwell Publishing Ltd. 2009, tous droits réservés.

Il est possible de télécharger une version intégrale de la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e éd.) en format PDF sur le site Web de l'AIIAO : <http://rnao.ca/bpg>.

De plus, l'AIIAO s'engage à favoriser la diffusion et la mise en œuvre à grande échelle des lignes directrices. Elle a adopté à cette fin une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies. Une initiative de l'AIIAO visant à favoriser la mise en œuvre des lignes directrices consiste par exemple à mettre en place le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers^{MC}, qui renforce les capacités des infirmières participantes et qui prend des mesures de sensibilisation et de motivation relatives aux LDPE en plus d'encourager leur adoption. Une autre initiative similaire, le titre d'organisation vedette des pratiques exemplaires^{MC} (OVPE^{MC}), vise à appuyer la mise en œuvre des LDPE à l'échelon des organisations et du système. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs LDPE de pratique clinique de l'AIIAO. En plus de toutes ces stratégies, des ateliers de renforcement des capacités portant sur certaines LDPE et leur mise en œuvre ont lieu chaque année. (AIIAO, 2012b, p. 19-20).

Les pages Web suivantes fournissent de plus amples renseignements sur ces différentes stratégies de mise en œuvre :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO : <http://rnao.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <http://rnao.ca/events>

Annexe B : Mesures des concepts associés au modèle des pratiques de leadership pour les milieux de travail sains

Mesures du leadership infirmier

Dans une étude récente examinant des travaux sur la mesure du leadership, Patrick et White (2005) ont décidé de choisir uniquement les instruments de mesure du comportement qui ont déjà été utilisés par des recherches du domaine des soins infirmiers. La décision s'inspire des travaux de Leatt et Porter, qui affirment que les soins de santé produisent des milieux de pratique différents de ceux d'autres secteurs. Ils ajoutent que peu d'instruments ont été mis à l'essai pour la fiabilité et la validité et que la plupart des instruments étudiés mettent l'accent sur la perception du leadership plutôt que sur le rendement et les résultats. Huber et coll. (2000) ont mené une analyse comparative de différents outils administratifs en soins infirmiers, dont quelques-uns visent à mesurer le leadership. Ils ont proposé des définitions normalisées des notions et ont cerné des mesures fiables et faciles à utiliser relativement à l'autonomie, les conflits, la satisfaction à l'égard de l'emploi, le leadership et le climat organisationnel. La méthode utilisée fait appel à un groupe de discussion d'experts qui travaillent par consensus. Tous les membres de l'équipe avaient une expertise relative aussi bien à la recherche qu'au contenu. Les outils dont il est question dans les présentes lignes directrices sont repris de Huber et coll. (2000), Patrick et White (2005), ainsi que du University of Texas Repository of Nursing Administration Instruments (s. d.). Leur sélection utilisait comme critère leur utilisation dans des études en soins infirmiers et leur niveau acceptable de fiabilité et de validité selon les renseignements fournis. Les outils sont présentés conformément aux composantes et aux éléments clés du *modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership*.

CONCEPT	INSTRUMENT	AUTEUR
Pratiques de leadership		
Évaluation du leadership		
Perception personnelle de l'efficacité	Échelle d'auto-efficacité de l'infirmière en chef	Evans (1992)
Comportements de leader	Questionnaire de description du comportement de leadership	Stogdill (1963)
Style de leadership	LEAD	Hersey et Blanchard (1988)
Comportements et actions du leader	Inventaire des pratiques de leadership – soi-même, observateur	Kouzes et Posner (1988)
Comportement ou style du leader	Questionnaire multifactoriel sur le leadership	Bass et Avolio (1990)
Comportement ou style du leader	Questionnaire multifactoriel sur le leadership – 5X	Bass (1995)
Perception personnelle des comportements	Questionnaire sur le leadership de l'infirmière praticienne	Jones, Soeken et Guberski (1986)
Comportements de soutien aux soins de longue durée	Styles de leadership de soutien -Échelle de soutien de leader en soins infirmiers et échelle de soutien du gestionnaire du service	McGilton (2003)
Rendement en matière de leadership de l'infirmière soignante	Échelle à six dimensions (6-D) du rendement infirmier	Schwirian (1978)

Communication		
Perceptions de la communication par les infirmières	Questionnaire d'évaluation de la communication	Farley (1989)
Satisfaction des infirmières à l'égard de la communication	Questionnaire sur la satisfaction à l'égard de la communication	Pincus (1986)
État perçu et état idéal de la communication	Vérification de la communication ICA	Goldhaber et Rogers (1979)
Facteurs de la communication	Échelle de la communication organisationnelle	Roberts et O'Reilly (1974)
Justice et équité distributives, mesure de la perception individuelle des récompenses	Indice de la justice distributive	Price et Mueller (1986)

Confiance		
Confiance envers les pairs et les gestionnaires	Échelle de la confiance interpersonnelle en milieu de travail	Cook et Wall (1980)

Habilitation		
Perceptions par les infirmières des conflits en milieu de travail	Questionnaire I sur les conditions d'un travail efficace	Chandler (1986)
Perceptions par les infirmières des conflits en milieu de travail	Questionnaire II sur les conditions d'un travail efficace	Laschinger (2004); Laschinger (2001b)
Perceptions par les infirmières de l'autorité en milieu de travail	Échelle des activités professionnelles	Laschinger (1996; 2004)
Perceptions par les infirmières des comportements habilitants du leader	Échelle des comportements habilitants du leader	Hui (1994)

CONCEPT	INSTRUMENT	AUTEUR
Perceptions par les infirmières de l'autorité non formelle dans le milieu de travail	Échelle des relations organisationnelles	Laschinger (1996; 2004)
Perceptions de l'autorité par les infirmières	Échelle des activités professionnelles	Laschinger (2004)
Autonomie infirmière		
Travail significatif, compétence, autonomie et incidence	Échelle de l'habilitation psychologique	Spreitzer (1995)
Attitudes et comportements des étudiants	Autonomie : instrument de perspective des soins	Boughn (1995)
Perceptions par les infirmières de l'autonomie et de l'autorité actuelles et idéales	Inventaire de l'autorité dans les fonctions infirmières	Katzman (1989)
Perceptions de l'autonomie par les infirmières	Échelle de l'autonomie clinique classée par catégorie	Kramer et Schmalenberg (2003)
Autonomie professionnelle	Échelle Dempster des comportements de la pratique	Dempster (1991)
Autonomie professionnelle	Échelle des activités infirmières	Schutzenhofer (1988)
Perceptions de l'autonomie et de l'autorité par les infirmières	Échelle de l'autorité et de l'autonomie infirmières	Blanchfield et Biori (1996)
Participation à la décision	Échelle de participation décisionnelle	Havens et Vasey (2003)
Signification de l'autonomie professionnelle	Différenciateur sémantique de Maas et Jacox	Maas et Jacox (1977)
Signification de l'autonomie professionnelle	Entrevue sur les concepts de Maas et Jacox	Maas et Jacox (1977)
Autonomie dans le contexte des soins et des activités de l'unité	Questionnaire sur l'autonomie des infirmières soignantes	Blegen et coll. (1993)
Maîtrise de la pratique	Indice du travail infirmier (R)	Aiken et Patrician (2000)

Optimisation des valeurs et des priorités difficilement conciliables		
Détresse morale	Échelle de détresse morale	Corley et coll. (2001)
Prise de décision et de risque	Sondage sur l'éthique lors de l'administration de soins aux patients	Sietsema et Spradley (1987)

Soutiens organisationnels		
Culture et climat organisationnels		
Type de climat (p. ex., prise de risques, niveau de difficulté)	Questionnaire sur le climat créatif	Ekvall et coll. (1983)
Valeurs organisationnelles et personnelles	Questionnaire sur l'idéologie organisationnelle d'Harrison	Harrison (1992)
Climat organisationnel (p. ex., récompense, risque, soutien)	Questionnaire sur le climat organisationnel de Litwin et Stringer	Litwin et Stringer (1968)
Climat organisationnel (p. ex., soutien, innovation)	Questionnaire modifié sur le climat organisationnel de Litwin et Stringer	Mok et Au-Yeung (2002)
Climat organisationnel	Questionnaire sur la description du climat organisationnel des infirmières	Duxbury et coll. (1982)
Culture organisationnelle et satisfaction au travail	Sondage sur l'évaluation des soins infirmiers	Maehr et Braskamp (1986)
Culture ou style organisationnels	Sondage sur le cadre des valeurs difficilement conciliables	Zammuto et Krakower (1991)

CONCEPT	INSTRUMENT	AUTEUR
Culture professionnelle de l'unité	Outil 3 d'évaluation culturelle de l'unité de soins infirmiers	Coeling et Simms (1993)
Bureaucratie, innovation et soutien	Inventaire des climats organisationnels	Wallach (1983)
Styles de pensée et culture organisationnelle	Inventaire des cultures organisationnelles	Cooke et Lafferty (1987)
Perceptions par les infirmières des caractéristiques de l'emploi et du milieu de travail	Instrument des caractéristiques de l'emploi et de son caractère stimulant	Simms, Erbin-Roesemann, Darga et Coeling (1990)
Milieu de pratique professionnelle		
	Indice du travail infirmier (R)	Aiken et Patrician (2000)
	Échelle NWI du milieu de pratique	Lake (2002)
	Échelle du milieu de pratique professionnelle	Erickson et coll. (2004)
	Indice des milieux de travail canadiens	Estabrooks et coll. (2002)
	Milieu de travail infirmier perçu	Choi et coll. (2004)

Étendue des responsabilités		
	Indicateurs de l'étendue des responsabilités des gestionnaires cliniques en matière de prise de décisions de l'Hôpital d'Ottawa	L'Hôpital d'Ottawa (2003)

Ressources personnelles		
Intelligence émotionnelle		
Instrument de rétroaction à 360 degrés	Inventaire des aptitudes émotionnelles	Goleman (1998)
Auto-évaluation des qualités personnelles	Inventaire des quotients émotionnels de Bar-On	Bar-On (1987)
Test de la capacité de IE	Échelle de l'intelligence émotionnelle multifactorielle	Mayer, Caruso et Salovey (1998)

Résultats		
Épuisement		
	Inventaire de l'épuisement de Maslach	Maslach et Jackson (1986)

Satisfaction au travail		
	Unité de mesure de recherche de la satisfaction au travail de Daphne Heald	Traynor et Wade (1993)
	Indice de la satisfaction au travail	Stamps et Piedmonte (1982)
	Échelle de satisfaction McCloskey/Mueller	Mueller et McCloskey (1990)
	Questionnaire de la satisfaction Minnesota	Weiss, Dawis, England et Lofquist (1997)
	Échelle de la satisfaction au travail des infirmières	Hinshaw et Atwood (1983-1985)
	Échelle de la satisfaction au travail	Hinshaw et Atwood (1983-1985)

CONCEPT	INSTRUMENT	AUTEUR
Motivation et participation au travail		
	Outil de motivation - Kanungo	Kanungo (1982)
Engagement envers l'organisation		
	Questionnaire de l'engagement envers l'organisation	Porter et coll. (1974)
Roulement		
	Échelle du roulement prévu	Hinshaw et Atwood (1980)
Satisfaction des patients		
	Questionnaire sur la satisfaction à l'égard des soins infirmiers	Eriksen (1988)





ANNEXES

Annexe C : Comparaison du cadre de l’AIIAO avec celui de LEADS

Cadre AIIAO	Cadre LEADS
<p>Soutiens organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valorisation des soins infirmiers professionnels ■ Ressources humaines ou financières ■ Soutien informationnel ou décisionnel 	
<p>Ressources personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Identité professionnelle ■ Qualités individuelles ■ Compétences en leadership ■ Soutiens sociaux 	<p>Être son propre leader</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir une bonne connaissance de soi ■ Se prendre en charge ■ Se perfectionner ■ Faire preuve de caractère
Pratiques de leadership transformationnel	
<p>Établir des relations et inspirer confiance</p>	<p>Intéresser les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser le perfectionnement d’autrui ■ Communiquer efficacement ■ Établir des équipes <p>Développer des coalitions</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Établir judicieusement des partenariats et des réseaux afin d’obtenir des résultats précis
<p>Mettre en place des milieux de travail habilitants</p> <p>Établir une culture de perfectionnement et d’application des connaissances</p>	<p>Intéresser les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contribuer à la création d’organisations saines <p>Développer des coalitions</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mobiliser les connaissances <p>Transformer les systèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager et appuyer l’innovation
<p>Mettre en œuvre le changement et en assurer la durabilité</p>	<p>Obtenir des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir les grandes orientations <p>Transformer les systèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Agir à titre de champion et de chef d’orchestre du changement

Cadre AIIAO	Cadre LEADS
Pratiques de leadership transformationnel	
<p>Trouver le juste équilibre entre des valeurs et des priorités difficilement conciliables</p>	<p>Obtenir des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Harmoniser les décisions d’une manière stratégique en fonction de la vision, des valeurs et des données probantes ■ Prendre des mesures afin de mettre en œuvre les décisions <p>Développer des coalitions</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Gérer adroitement les interactions dans les milieux socio-politiques <p>Transformer les systèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Faire preuve de pensée critique/systemique ■ Planifier stratégiquement en fonction de l’avenir
<p>Résultats en matière de santé Infirmière, patient, organisation, système</p>	<p>Obtenir des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer <p>Développer des coalitions</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Faire preuve de son engagement à l’égard des clients et du service



Annexe D : Processus de l'examen méthodique de la documentation concernant le développement et le maintien du leadership infirmier effectué par le Joanna Briggs Institute

1. L'étude générale de la documentation par l'utilisation de mots-clés associés au sujet général du leadership saisis dans :

- CINAHL
- Medline
- Embase
- PsychInfo

2. La préparation d'un protocole permettant de mener à bien un examen qui visera à répondre aux questions suivantes :

- Quelles caractéristiques de leadership favorisent le leadership et mènent à un milieu de travail sain dans le milieu des soins de santé?
- Quelle incidence le milieu de travail a-t-il sur le développement et le maintien du leadership infirmier et sa capacité de produire des résultats dans le milieu des soins de santé? Quels sont les modes de fonctionnement et les processus qui appuient un leadership infirmier efficace et qui favorisent son développement et son maintien? (Les modes de fonctionnement et les processus comprennent, entre autres, la culture organisationnelle et la valeur accordée aux soins infirmiers, les soutiens financiers et de ressources humaines dont peuvent bénéficier les leaders, l'étendue des responsabilités, la présence ou l'absence d'infirmières dans la haute direction, et la communication et les types de rapports).

3. Les mots-clés suivants ont fait l'objet des recherches :

- Autonomie et leadership
- Leadership clinique
- Continuité et permanence du leadership
- Intelligence émotionnelle
- Habilitation
- Milieu
- Leadership
- Développement du leadership

- Leadership et milieu de pratique
- Styles de leadership
- Caractéristiques du leadership
- Gestion
- Soutien de la direction
- Changement organisationnel
- Culture organisationnelle
- Caractéristiques organisationnelles et leadership
- Résultats des patients et leadership
- Satisfaction des patients et leadership
- Autorité et leadership
- Étendue des responsabilités
- Confiance, engagement et leadership
- Satisfaction professionnelle et leadership
- Milieu de travail

4. La méthode de recherche employée avait pour objet de trouver des études et des articles publiés et non publiés, en se limitant à la langue anglaise. Les chercheurs ont procédé à une recherche limitée initiale dans les bases CINAHL et MEDLINE, suivie d'une analyse des mots contenus dans le titre et le résumé et des termes d'indexation utilisés pour décrire l'article. Une recherche secondaire à l'aide de tous les mots-clés et termes d'indexation déterminés a été entreprise en utilisant les termes de recherche susmentionnés.

Les bases de données ayant été utilisées dans la deuxième étape comprenaient :

- ABI Inform Global (jusqu'à décembre 2003)
- CINAHL (1982 à décembre 2003)
- Cochrane (jusqu'à décembre 2003)
- Current Contents Library (jusqu'à décembre 2003)
- Econ lit (jusqu'à décembre 2003)
- Embase (jusqu'à décembre 2003)
- ERIC (jusqu'à décembre 2003)
- MEDLINE (1966 à décembre 2003)
- PsychINFO (jusqu'à décembre 2003)
- Social Sciences Abstracts (jusqu'à décembre 2003)

La recherche d'études non publiées comprenait :

- Dissertation Abstracts International (jusqu'à décembre 2003)
5. Les études ciblées pendant la recherche des bases de données ont été évaluées selon leur pertinence en se basant sur l'information contenue dans le titre et le résumé. Tous les articles semblant répondre aux critères d'inclusion ont été extraits et leur pertinence par rapport aux objectifs a été une fois de plus évaluée.
 6. Les études qui répondaient au critère d'inclusion ont été regroupées par type d'étude (p. ex., expérimentale, descriptive, etc.).
 7. Deux examinateurs indépendants ont évalué les études sur le plan de la qualité méthodologique avant de les inclure dans l'examen à l'aide d'un instrument d'évaluation critique de la trousse SUMARI (System for the Unified Management, Assessment and Review of Information), un logiciel spécialement conçu pour la gestion, l'évaluation, l'analyse et la synthèse de données. Les désaccords entre les examinateurs ont été résolus par la discussion et, si nécessaire, par le recours à un troisième examinateur.

Résultats de l'examen de la documentation

L'examen a retenu un total de 48 études, expérimentales, qualitatives ou textuelles. La majorité des études étaient descriptives et examinaient le lien entre des styles ou des caractéristiques de leadership et un résultat précis, comme la satisfaction. Il n'a pas été possible de procéder à une méta-analyse des résultats, les études appartenant à des catégories trop différentes. Huit synthèses ont été préparées en fonction des thèmes principaux : la collaboration, la formation, l'intelligence émotionnelle, le climat organisationnel, le perfectionnement professionnel, les qualités et les comportements positifs, et la nécessité d'un milieu de soutien.



Annexe E : Glossaire

Amélioration continue de la qualité : Démarche de gestion visant à améliorer et à conserver la qualité qui met l'accent sur une évaluation principalement interne et relativement continue des causes potentielles des déficiences, suivie de mesures visant à les corriger. Le rendement est généralement mesuré en fonction de repères ou de normes d'un secteur donné et cette information est mise en application afin d'améliorer le fonctionnement de l'activité.

Traduction de la définition extraite le 6 octobre 2005 à l'adresse : <http://www.qaproject.org/methods/resglossary.html> et

Traduction de la définition extraite le 6 octobre 2005 à l'adresse : <http://www.doe.k12.ga.us/schools/nutrition/qmgloss.asp>

Bourses d'étude en pratique clinique avancée de l'AIIAO : Expérience d'apprentissage visant à améliorer les compétences en soins infirmiers dans les domaines suivants : leadership, clinique et mise en œuvre de lignes directrices pour la pratique exemplaire. L'objectif principal est d'améliorer les soins et les résultats des patients en Ontario. Grâce à l'appui de la Nurse Fellows Sponsor Organization, l'infirmière travaille en collaboration avec un mentor ou une équipe qui possède de l'expérience dans un domaine d'intérêt précis. Les bourses de recherche en pratique/clinique avancée sont financées par le gouvernement de l'Ontario. Pour de plus amples renseignements, consultez le www.rnao.org/acpf (en anglais).

Caractéristiques individuelles : Caractéristiques intrinsèques d'une personne qui ont une incidence sur sa manière de s'évaluer et d'évaluer son milieu et ses capacités et qui par conséquent ont aussi une incidence sur ses comportements (Rothmann et Coetzee, 2003).

Chef de direction des soins infirmiers : Infirmière principale ou infirmier principal employé par l'hôpital qui relève directement du directeur général et qui a la charge des services infirmiers qui y sont fournis (Loi sur les hôpitaux publics, 1990).

Climat organisationnel : Influence sociale, organisationnelle ou situationnelle sur le comportement, qui se reflète dans le rendement global ou dans les directives, les pratiques et les objectifs; les façons de faire (Sleutel, 2000); les aspects considérés comme importants par les différents membres du groupe pris individuellement (McGillis Hall, 2004).

Collaboration : Stanhope et Lancaster (2000) définissent la collaboration comme une pratique de mise en commun et de travail d'équipe dans le but d'atteindre des objectifs communs en s'assurant que toutes les personnes et tous les groupes sont reconnus et que le processus favorise la croissance personnelle (p. 33).

Compétences en leadership : Connaissances, compétences et capacités techniques en matière de leadership venant d'une formation ou de l'expérience.

Compétences essentielles : Compétences, connaissances, caractéristiques et comportements nécessaires à la prestation des pratiques de leadership.

Comportements types : Exemples d'actions précises par lesquelles des personnes font preuve des compétences essentielles.

Connaissances : La pratique infirmière se fonde sur différentes manières de connaître (Carper, 1978). Les connaissances empiriques proviennent de la recherche scientifique et comprennent des faits, des modèles et des théories. Les connaissances esthétiques consistent en l'« art » des soins infirmiers et proviennent de la relation d'empathie que les infirmières nouent avec des patients. Les connaissances éthiques découlent des théories et des principes éthiques. Grâce à un processus d'évaluation, de clarification et de défense des intérêts, les infirmières adoptent un point de vue éthique en matière de soins. Les connaissances personnelles touchent la connaissance, la rencontre et l'actualisation du moi individuel et concret. Le « soi » n'est pas un objet de connaissance, mais il y a une tentative de connaissance de soi. Ces connaissances consistent en une relation avec un autre être humain et en l'interaction avec cet être en tant que personne (Carper, 1978).

Consensus : Opinion collective d'un groupe de personnes, développée pendant un travail collectif permettant des communications empreintes d'ouverture et de soutien. Chaque membre du groupe doit estimer qu'il a une influence sur la décision et qu'il peut au besoin en expliquer le bien-fondé.

Culture organisationnelle : Valeurs, hypothèses et croyances ayant cours au sein d'une organisation.

Dénonciation : Processus par lequel une personne signale une faute au sein d'une organisation à un responsable ou à une entité ayant l'autorité de prendre des mesures correctives. La faute est généralement une infraction à une loi, à une règle, à un règlement ou constitue une menace directe pour l'intérêt public (p. ex., la fraude, une menace pour la santé ou la sécurité et la corruption).

Détresse éthique : Situations dans lesquelles des infirmières ne sont pas à même de respecter des obligations et des engagements éthiques, ou dans lesquelles elles n'arrivent pas à suivre la ligne de conduite qu'elles considèrent comme étant la bonne, ou dans lesquelles elles ne satisfont pas à leurs propres exigences en matière de pratique éthique.

Équité : Capacité de formuler des jugements honnêtes et non discriminatoires (Définitions de l'équité, 2005).

Étendue des responsabilités : Nombre de personnes (et non le nombre d'équivalents temps plein) qui relèvent directement d'un gestionnaire, d'un superviseur ou d'un responsable (Tourangeau et coll., 2003).

Étude qualitative : Méthodes non quantitatives de collecte et d'analyse de données. La recherche qualitative utilise plusieurs méthodes pour obtenir des données d'observation ou interroger des participants afin de comprendre leur point de vue, leur vision du monde et leurs impressions.

Études corrélationnelles : Études qui déterminent les relations entre les variables. Trois types de résultats sont possibles : aucune relation, corrélation positive et corrélation négative.

Examen systématique : Application d'une démarche scientifique rigoureuse à la préparation d'une revue (National Health and Medical Research Council, 1998). Les examens méthodiques définissent les endroits où les effets des soins de santé sont constants et où les résultats de recherche peuvent être appliqués à une vaste population, aux divers milieux et aux différences entre les traitements de même que les endroits où les effets varient d'une façon considérable. L'utilisation de méthodes explicites et systématiques dans les examens limite les biais (erreurs systématiques) et réduit l'incidence des impondérables, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels on peut tirer des conclusions et prendre des décisions (Clarke et Oxman, 1999).

Habilitation : Capacité à mobiliser les ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs (Kanter, 1979). C'est un processus grâce auquel les intervenants ont une influence sur des initiatives de développement et s'en partagent la maîtrise, de même que sur les décisions et les ressources qui ont une incidence sur celles-ci.

Hôpital qui attire et maintient en poste le personnel infirmier : Terme utilisé d'abord aux États-Unis au début des années 1980 afin de décrire des établissements qui réussissaient à recruter des infirmières et à les maintenir en poste malgré la pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur professionnel à l'échelle nationale. Le terme désigne maintenant les établissements agréés par le American Nurses Credentialing Center pour leur excellence dans la pratique des soins infirmiers. Ils sont reconnus comme des établissements dans lesquels la satisfaction au travail des infirmières et les résultats des patients sont supérieurs à la moyenne en raison de certaines caractéristiques organisationnelles (Bliss-Holtz et coll., 2004; Scott et coll., 1999).

Identité ethno-culturelle : Lien et interaction entre l'appartenance ethnique, la culture et l'identité. La notion comprend l'ensemble des caractéristiques par lesquelles les personnes se distinguent les unes des autres et qui déterminent leur appartenance à un groupe (AIIAO, 2006).

Identité professionnelle : Caractéristiques comportementales ou personnelles par lesquelles il est possible de reconnaître une personne en tant que membre d'un groupe (Houghton Mifflin Company, 2004). Le niveau d'adhésion d'une personne

aux valeurs et aux croyances d'une profession (Houghton Mifflin Company, 1995).

Infirmières : Comprend les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières exerçant des fonctions de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

Intégrité : Impression, chez une personne qui fait confiance, que la personne qui inspire confiance respecte un ensemble de principes acceptables à ses yeux (Mayer et coll., 1995) ou qu'elle tient parole (Skarlicki et Dirks, 2002).

Intelligence émotionnelle : Capacité de percevoir avec précision, d'analyser et d'exprimer les émotions; la capacité de saisir les sentiments ou de les faire naître lorsqu'ils facilitent la pensée; la capacité de comprendre les émotions et la croissance émotionnelle (Mayer et Salovey, 1997). Serait un facteur des milieux de travail qui fonctionnent bien (Emmerling et Goleman, 2003).

Interrogation appréciative (IA) : Technique de recherche qui vise à découvrir, comprendre et favoriser les innovations dans les ententes et les processus socio-organisationnels. Elle suppose de chercher le meilleur des gens, des organisations et de ce qui les entoure. L'objectif de l'IA est de renforcer la capacité des systèmes à maximiser le potentiel positif en mettant l'accent sur ce qui fonctionne bien et sur les éléments les plus valables des personnes et des organisations (Cooperrider et Srivastva, 1987).

Intervenant : Personne, groupe ou organisme qui s'intéresse tout particulièrement aux décisions et aux actions des organisations et qui tente dans certains cas d'influencer ces décisions et ces actions (Baker et coll., 1999). Les intervenants comprennent toutes les personnes et tous les groupes qui seront directement ou indirectement touchés par le changement. Il existe différentes catégories d'intervenants : opposants, partisans ou neutres (Ontario Public Health Association, 1996).

Leadership : Processus relationnel par lequel une personne cherche à influencer d'autres personnes afin d'atteindre ensemble un objectif commun souhaitable.

Leadership au point de service : Forme de leadership dans un milieu de pratique où des fournisseurs de soins ont la responsabilité des soins de certains patients ou groupes de patients (on parle parfois de soignants de première ligne) et de l'application de renseignements fondés sur la recherche. Les soins du patient sont conçus, mis en œuvre, supervisés et évalués au moyen du plan de soins. L'équipe de soins interprofessionnelle, comprenant des professionnels de la santé réglementés ou non, coordonne l'action de ses membres et a accès au même plan de soins. (American Association of College of Nursing, 2007).

Leadership infirmiers : Leadership propre au domaine des soins infirmiers (Ferguson-Paré et coll., 2002).

Leadership transformationnel : Démarche de leadership dans le cadre de laquelle les personnes et leurs leaders participent à un processus d'échange qui leur ouvre de nouveaux horizons et qui les motive à viser des objectifs plus ambitieux, transformant ainsi le milieu de travail (Burns, 1978). Le leadership transformationnel se produit lorsque le leader adopte une position visionnaire et incite les autres à le suivre.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : Énoncés préparés systématiquement et basés sur les meilleures données probantes disponibles venant appuyer la prise de décisions au sujet des modes de fonctionnement et des processus permettant d'établir un milieu de travail sain (Field et Lohr, 1990).

Méta-analyse : Utilisation de méthodes statistiques visant à résumer les résultats de plusieurs études indépendantes. Les estimations sur les effets d'une intervention ou d'un phénomène du domaine des soins de santé sont ainsi plus précises que celles fournies par chaque étude prise individuellement (Clarke et Oxman, 1999).

Milieu de travail sain : Milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient et

le rendement organisationnel.

Patient/client : Désigne la personne qui reçoit des services infirmiers. Il peut s'agir d'une personne (membre de la famille, tuteur, soignant suppléant), d'une famille, de groupes, de populations ou d'une collectivité tout entière. Dans le domaine de l'éducation, le client peut être un élève ou un étudiant; dans le domaine administratif, le client peut être un employé, et en recherche, il peut s'agir d'un participant à l'étude (OIIO, 2002; Registered Nurses Association of Nova Scotia, 2003).

Planification de la relève : Processus qui va au-delà de la planification ponctuelle d'un recrutement en cas de poste vacant, et qui consiste à établir et entretenir un bassin de candidats pour des postes de leadership (AIIC, 2003).

Pratiques de leadership infirmier : Les présentes lignes directrices proposent certaines manières d'être et certains comportements typiques des bons leaders en soins infirmiers.

Pratique réflexive : Processus continu que l'infirmière utilise afin d'examiner sa propre pratique, d'évaluer ses forces et de trouver des façons d'améliorer continuellement sa pratique afin de mieux répondre aux besoins des patients. Les questions qui permettent de formuler le processus de réflexion comprennent : « Qu'ai-je appris? », « Qu'est-ce qui a été le plus utile? », « De quoi ai-je également besoin? », « Quelles pratiques puis-je montrer aux autres? ».

Recommandations relatives à la formation : Énoncés sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à amener la mise en œuvre ou la durabilité de la ligne directrice.

Recommandations relatives à la pratique : Énoncés de pratiques exemplaires s'adressant à des professionnels de la santé; idéalement, ces énoncés sont fondés sur des données probantes.

Recommandations relatives à l'organisation : Énoncés des conditions nécessaires, pour un milieu de pratique, qui favorisent le succès de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'organisation est en grande partie responsable de la mise en place de ces conditions.

Recommandations relatives au système : Énoncés sur les conditions favorisant la mise en œuvre des lignes directrices pour la pratique exemplaire dans l'ensemble du système. Ces conditions de la réussite sont étroitement liées à l'élaboration de directives sur le plan plus général de la recherche, du gouvernement et du système.

Référence (indice de) : Norme par rapport à laquelle il est possible de mesurer, comparer ou évaluer quelque chose. L'utilisation d'un indice de référence implique de mesurer le produit ou le service d'une autre personne ou d'un autre organisme en fonction de normes précises et de comparer le résultat à son propre produit ou service (Michigan Hospitals, 2004).

Soutiens sociaux : Désigne les interactions qui se produisent dans le réseau social d'une personne, et qui consistent par exemple à prodiguer des encouragements, à exprimer de la sympathie, de l'appréciation, ou toute autre interaction qui lui apporte un soutien psychologique (Haines, 1993).

Stratégies : Actions et activités ciblées dans le but d'obtenir un résultat.

Systèmes d'aide à la décision : Technologies informatiques utilisées dans les soins de santé qui permettent aux fournisseurs de recueillir et d'analyser des données. Les activités convenant à cet outil comprennent la composition de la clientèle, l'établissement du budget, la comptabilité analytique, les protocoles et les cheminements cliniques, les résultats, et l'analyse actuarielle.

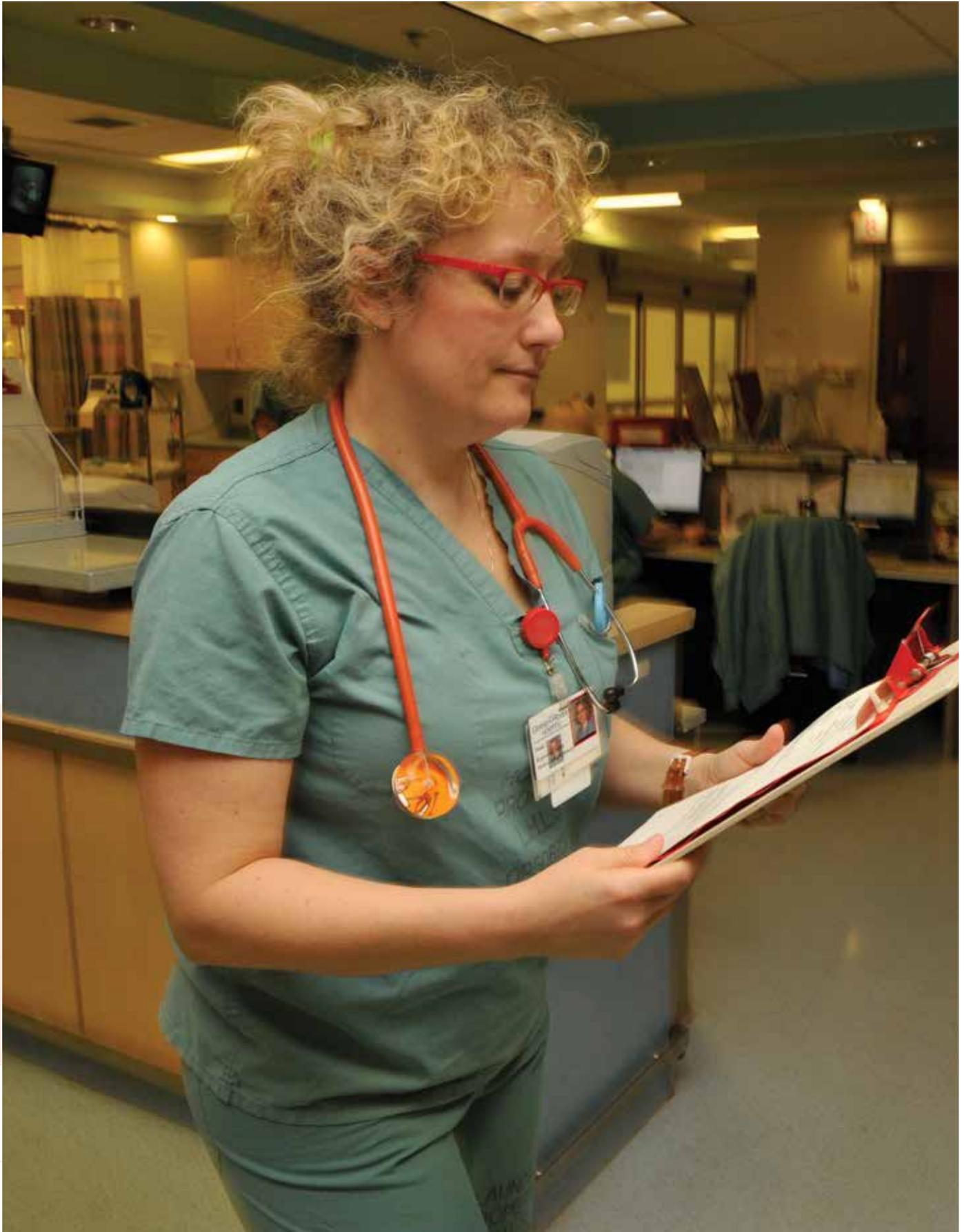
Télétravail : Ou travail à distance. Se produit lorsque des travailleurs rémunérés réduisent leurs déplacements en effectuant la totalité ou une partie de leur travail hors de l'endroit normal où se déroulent habituellement les activités.

Annexe F : Processus d'élaboration des lignes directrices

En octobre 2003, l'AIIO a réuni un groupe d'étude composé d'infirmières possédant de l'expertise en pratique, en recherche, en politiques, en formation et en administration, représentant une vaste gamme de spécialités, de fonctions et de milieux de pratique des soins infirmiers.

Le groupe a entrepris les étapes suivantes pour la préparation des présentes lignes directrices de pratiques exemplaires :

- Le champ de la ligne directrice a été établi et défini grâce à un processus de discussion et de consensus.
- Les termes de recherche du domaine du développement et du maintien du leadership infirmier pour toutes les fonctions ont été envoyés au Joanna Briggs Institute afin qu'ils effectuent un examen général de la documentation.
- Une recherche Internet des lignes directrices publiées au sujet du leadership infirmier a été effectuée. Elle a généré peu de résultats. Les documents cités ne portaient pas précisément sur le thème ou ne contenaient pas une description des données probantes assez précise pour se prêter à une évaluation. Il a donc été convenu de ne les utiliser qu'à titre de matériel documentaire.
- Un modèle conceptuel basé sur les données probantes a été élaboré afin d'organiser les notions et leur contenu au sein des lignes directrices. Le groupe d'étude a amélioré plusieurs fois le modèle tout au long du processus de revue de la documentation.
- Un protocole incluant plusieurs questions ciblées a été préparé afin de fournir une orientation au Joanna Briggs Institute lors de l'étude méthodique de la documentation (voir l'annexe D au sujet du processus utilisé et des résultats).
- Les membres du groupe ont trouvé des documents supplémentaires.
- Grâce à un processus de discussion et de consensus, les recommandations relatives à la pratique, à la formation, aux organisations et aux politiques ont été rédigés.
- L'ébauche des lignes directrices a été soumise aux intervenants externes aux fins d'examen et de rétroaction. Les intervenants représentaient différentes organisations et différentes personnes de plusieurs milieux de pratique exerçant différentes fonctions qui s'intéressent à ces questions et qui possèdent une expertise en leadership. Des questions précises ont été soumises aux intervenants externes pour obtenir leurs commentaires et ils pouvaient également formuler des commentaires généraux et donner leurs impressions d'ensemble.
- L'ébauche a été révisée en fonction des rétroactions des intervenants.
- Le document final a été publié.



Annexe G : Description de la Trousse

Une mise en œuvre de LDPE ne peut réussir qu'en présence d'une planification, de ressources et de soutiens organisationnels et administratifs répondant aux besoins. Une aide en la matière est également nécessaire. C'est dans ce but que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et de gestionnaires, a élaboré la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (2012b). La *Trousse* se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

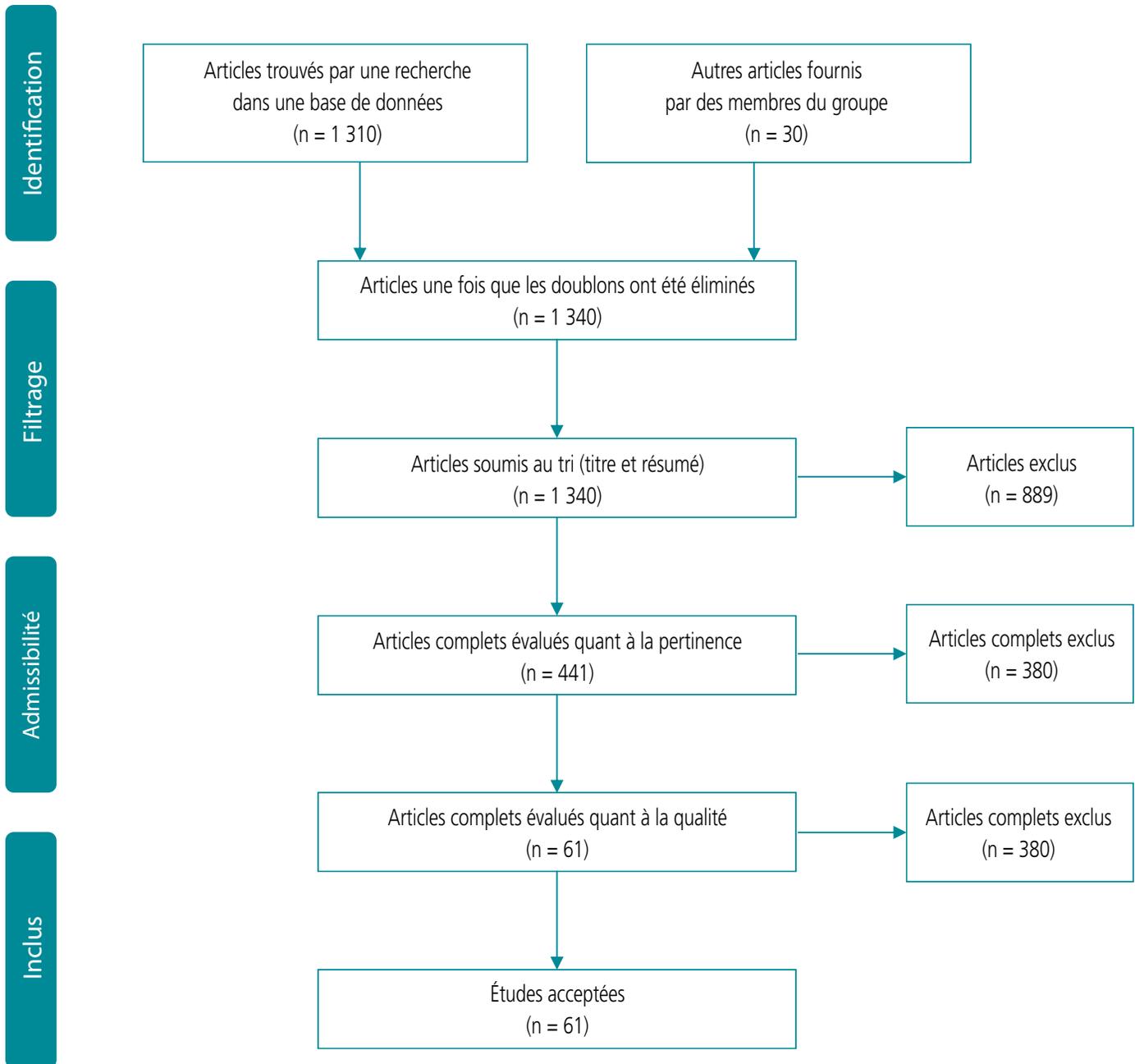
La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux activités facilitatrices lors de la mise en œuvre des lignes directrices. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est important de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus précisément, la *Trousse* examine certaines étapes importantes de mise en œuvre d'une ligne directrice, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (AIIAO, 2012b; Straus et coll., 2009) :

1. Détermination du problème, détermination, examen et sélection des connaissances (lignes directrices de pratiques exemplaires).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - Évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances;
 - Détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions.
4. Surveillance de l'utilisation des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'utilisation des connaissances.

Il s'agit d'une entreprise complexe que de mettre en œuvre des lignes directrices dans la pratique de manière à donner lieu à des modifications de la pratique et à une incidence clinique positive. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Il est possible de télécharger la *Trousse* à l'adresse : <http://rnao.ca/bpg>.

Annexe H : Organigramme du processus de revue d'article

Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj. b2535



Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

1. Lignes directrices sur les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers

Co-présidentes : Diane Doran et Leslie Vincent

2. Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patient, organizational, and systems outcomes

Co-présidents : Rani Srivastava et Stewart Kennedy

3. Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier

Co-présidentes de la deuxième édition : Nancy Purdy et Pam Pogue

4. Lignes directrices sur le développement et le maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail

Présidente : Linda O'Brien-Pallas, vice-présidentes : Donna Thomson et Phyllis Giovannetti

5. Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : Lignes directrices sur le développement de la compétence culturelle

Présidente : Rani Srivastava

6. Gestion des conflits au sein des équipes de soins de santé

Co-présidents : Joan Almost et Derek Puddester

7. La prévention de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé

Co-présidentes : Ann E. Rogers et Milijana Buzanin

8. Prévention de la violence en milieu de travail

Co-présidentes : Margaret Keatings et Daina Mueller

9. Lignes directrices sur le professionnalisme de l'infirmière

Présidente : Andrea Baumann

10. Lignes directrices sur la santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail

Présidente : Mary Ferguson-Paré

