

Prendre sa place: Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec

Julie Maranda ^a, inf. B. SC, inf., Lily Lessard ^{b,c}, inf. Ph.D.

^a Étudiante à la maîtrise, Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

^b Professeure, Département des Sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

Les infirmières cliniciennes peuvent jouer un rôle clé au Québec pour améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins. Pour ce, elles doivent miser sur leurs nombreuses compétences, dont celle de leadership clinique. Les infirmières font preuve de leadership clinique lorsqu'elles exercent une influence positive auprès des patients, de leur famille et de l'équipe de soins afin de s'assurer que les soins et les services offerts sont intégrés et que les objectifs cliniques sont partagés et orientés vers la santé et le mieux-être des personnes. Cet article de réflexion propose de démystifier d'abord la compétence de leadership clinique en la situant par rapport aux autres types de leadership exercés par les infirmières cliniciennes. Les assises conceptuelles et pratiques du leadership clinique sont ensuite précisées à partir du modèle conceptuel du Leadership clinique du *National Health Service* (NHS). Les caractéristiques (antécédents et attributs) des infirmières qui influencent leur capacité à faire preuve de leadership clinique dans leur pratique sont également abordées. L'article se termine en discutant des principaux obstacles à l'exercice d'un leadership clinique fort et positif par les infirmières cliniciennes au Québec, dont leur difficulté à faire valoir leur contribution auprès de la population et l'occupation parfois incomplète de leur champ de pratique.

Mots-clés : Leadership clinique, infirmières cliniciennes, transformation du système de soins

« Si vos gestes inspirent les autres à rêver davantage, à apprendre davantage, à accomplir davantage, vous êtes un leader ». John Quincy Adams, 1767-1848

Plus que jamais, le Québec doit, comme d'autres sociétés du monde, miser sur la contribution des infirmières pour améliorer l'accès aux soins et assurer la qualité et la sécurité de ceux-ci (Cavalière, 2014). Les infirmières cliniciennesⁱ peuvent jouer des rôles-clés dans le système de soins notamment en première ligne, en santé mentale, en prévention et promotion de la santé. Pour ce, elles doivent miser sur les compétences acquises dans le cadre de leur formation universitaire et dans l'exercice de leur profession.

L'implication des infirmières comme acteurs majeurs dans des réseaux intégrés de soins exige d'elles de développer un ensemble de compétences clés qui sont de trois ordres : des compétences cliniques, des

compétences en matière de coordination des soins et des compétences de leadership. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, p.16).

Cet article propose une réflexion visant le développement de la compétence du leadership clinique chez les infirmières cliniciennes. Il s'adresse à ces infirmières, mais également à ceux qui les côtoient et à ceux qui les forment afin qu'elles puissent mieux prendre la place qui leur revient dans le système de soins. L'article débute en précisant les différents types de leadership des infirmières cliniciennes au Québec et précise ensuite celui de leadership clinique en s'appuyant notamment sur le modèle conceptuel du Leadership clinique développé par le *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni. L'article aborde finalement les principaux obstacles au développement et à l'exercice d'un leadership clinique fort et positif par les infirmières cliniciennes.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Julie Maranda, Département des Sciences infirmières, UQAR. Courriel électronique : Julie.Maranda@uqar.ca. Elle remercie l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec, le corps professoral et les employés(es) de soutien du département de sciences infirmières de l'UQAR ainsi que le syndicat des professeurs et professeurs de l'UQAR pour le soutien financier par les bourses d'études reçues.

Les infirmières cliniciennes et les différents types de leadership

Le leadership consiste en l'action d'influencer afin d'accomplir un but par l'utilisation judicieuse du pouvoir combiné à cette capacité d'influencer (Theofanidis & Dikatpanidou, 2006). Le leadership des infirmières est façonné par leurs ressources personnelles et peut varier en fonction de leur engagement envers leur organisation, de leur satisfaction au travail, de la culture organisationnelle, des valeurs, des ressources de soutien, ainsi que des politiques et des contextes socioculturels et professionnels (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013; Barlow, 2013).

Les lieux d'expression du leadership sont multiples pour les infirmières cliniciennes. D'abord, on pense au leadership plus conventionnel des infirmières cliniciennes exerçant des fonctions de gestion auprès des équipes de soins. La conjugaison du leadership et du pouvoir formel fait souvent référence au leadership transactionnel. Ce type de leadership est surtout associé au maintien des opérations et au rendement des organisations (Bass, 1985).

Ensuite, les écrits des deux dernières décennies portant sur le leadership infirmier sont dominés par un autre type de leadership : le leadership transformationnel (Hutchinson & Jackson, 2013). Les leaders transformationnels sont décrits comme des agents de changements qui se caractérisent par leur fort engagement à leur profession et leur organisation, par leur capacité à aider leurs coéquipiers, à regarder les vieux problèmes sous de nouvelles perspectives et à amener de nouvelles solutions, ainsi que par leurs habiletés à stimuler et motiver les membres de l'équipe à produire un effort supplémentaire pour atteindre les objectifs du groupe (Fischer, 2016; To, Tse, & Ashkanasy, 2015). Ils induisent l'action avec leur entourage en communiquant leur vision aux autres de sorte qu'elle devienne une vision commune qui se transforme en but commun à l'équipe (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013).

Puis, il y a aussi le leadership politique des infirmières cliniciennes qui, comme toutes les infirmières et les autres acteurs du système de soins, sont appelées à se positionner et influencer les décisions par rapport aux enjeux importants pouvant influencer la santé des individus et des populations, leurs propres conditions de pratique, leur profession, le système de soins ou d'autres aspects de la société (Dallaire, 2008). Cette forme de leadership réfère à un leadership collectif où les infirmières participent aux processus décisionnels en développant notamment une masse critique de leaders en soins infirmiers et investissent les lieux

de pouvoir et d'influence afin d'avoir un impact à une échelle plus systémique (Desrosiers, 2014; Adeniran, Bhattacharya & Adeniran, 2012).

Finalement, les infirmières cliniciennes sont appelées à faire preuve de leadership dans le cadre de leurs activités cliniques. Elles exercent notamment une influence auprès des individus, des familles ou de la population dans le cadre d'activités de promotion et d'éducation à la santé visant le maintien de la santé, la prévention de la maladie, le rétablissement des personnes ou l'accompagnement à différentes étapes de leur vie (Patrick, Laschinger, Wong, & Finegan, 2011). Elles considèrent ces individus, familles, populations comme de véritables partenaires de soins et partagent avec eux un but commun visant leur santé et leur mieux-être. Les infirmières cliniciennes détiennent aussi des capacités à influencer les membres de l'équipe de soins dans la visée d'améliorer l'expérience de soins des personnes et les services à une population, notamment en fondant leur pratique sur les données probantes. Ces activités font alors référence au leadership clinique des infirmières qui est abordé plus en détail dans cet article.

Le leadership clinique des infirmières cliniciennes

Définition du leadership clinique des infirmières. Le concept du leadership clinique différencie le potentiel de leadership des infirmières travaillant auprès des patients, des fonctions de leadership des infirmières associées à des positions plus formelles de gestion et d'autorité au sein de l'organisation (Chavez & Yoder, 2015). Un survol de la littérature infirmière amène à constater la nouveauté de ce concept qui fait son apparition au début des années 2000, avec une recrudescence des écrits et des recherches sur le sujet depuis les cinq à dix dernières années.

Le but du leadership clinique est d'assurer une meilleure intégration des soins et services fournis afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients (Patrick et al., 2011). Dans les écrits, le leadership clinique se définit de deux points de vue : celui de l'organisation et celui de l'infirmière. Ainsi, pour l'organisation, le leadership clinique est perçu comme « un processus du développement d'une culture locale menant à une série d'activités à accomplir pour améliorer continuellement la qualité et la sécurité de la prestation de services offerts aux personnes » [traduction libre] (Victorian Healthcare Association, 2009, p.16). Du point de vue de l'infirmière, le leadership clinique réfère davantage à son aptitude à orienter, à soutenir, à coordonner et à exercer une influence significative sur le patient, sa famille et les autres membres de l'équipe soignante lors de la prestation de soins, et ce même si aucune forme d'autorité officielle ne lui

a été dévolue, et ce dans le but d'accomplir les objectifs cliniques partagés par l'équipe de soins (Chávez & Yoder, 2015).

Des relations significatives ont été observées entre la mise en œuvre d'un leadership clinique positif et des résultats favorables pour les patients, telles l'augmentation de la satisfaction, la diminution des événements indésirables et la réduction des complications lors d'épisode de soins (Chávez & Yoder, 2015, Mannix, Wilkes & Daly, 2013; Supamane, Krairiksh, Singhkhumfu & Turale, 2011). Ces auteurs soutiennent également que l'exercice du leadership clinique rend la communication plus efficace entre les membres de l'équipe et améliore les relations de coordination entre les professionnels de l'équipe de soins. Les infirmières, faisant preuve de leadership clinique, gagneraient en crédibilité auprès de leurs pairs et dans leur domaine de pratique (Chávez & Yoder, 2015; Mannix et al., 2013; Supamane et al., 2011). Cette crédibilité provient de sa contribution à l'atteinte des objectifs cliniques partagés entre les membres de l'équipe, à l'efficacité de l'équipe de soins et à la qualité de vie au travail (Chávez & Yoder, 2015). L'exercice d'un leadership clinique positif est aussi associé à l'efficacité des équipes de soins en lien directement avec la qualité des opérations locales et des soins offerts aux patients (Bohmer, 2013). Il s'agit d'un ingrédient essentiel d'un milieu de travail sain pour les infirmières et il contribue à la santé des personnes, des organisations et des collectivités (Mannix et al. 2013). Le leadership clinique est donc une compétence professionnelle centrale reconnue que les infirmières doivent développer davantage afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité auprès des patients (Pepin, Dubois, Girard, Tardif, & Ha, 2011).

Composantes du leadership clinique des infirmières. Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a développé un cadre de compétences pour le développement du leadership clinique. Ce cadre vise une approche commune et cohérente au développement professionnel, en fonction des valeurs et des croyances professionnelles partagées, qui sont imbriquées

dans les normes professionnelles (NHS, 2010). Ce cadre fournit une approche appliquée pour le développement du leadership clinique. Il a été développé au travers des consultations auprès de différents professionnels de la santé ainsi qu'auprès de patients, d'étudiants, de conseils consultatifs de différentes professions et du département de la santé (NHS, 2010). Le cadre est composé de cinq domaines, chacun assorti de quatre éléments à introduire à la pratique ainsi que des compétences visées, et ce à différentes étapes du parcours professionnel (voir figure 1). Quelques années plus tard, Chávez et Yoder (2015) ont affiné cette conception des composantes du leadership clinique dans le cadre d'une revue de littérature visant à analyser ce concept. Ils ont notamment identifié les antécédents et attributs de l'infirmière essentiels au développement du leadership clinique, tel qu'illustré à la figure 2

Ces antécédents réfèrent aux compétences professionnelles de l'infirmière, à son approche collaborative avec les autres membres de l'équipe de soins et à l'empowerment fourni par la structure de soins. Ces antécédents influencent à leur tour les attributs de l'infirmière nécessaires pour exercer un leadership clinique positif. La reconnaissance de ces attributs contribue également à différencier le leadership clinique des autres types de leadership en sciences infirmières. Ces attributs, réfèrent à ses habiletés cliniques, soit sa compétence clinique (savoir) et sa compétence pratique (savoir-faire) ainsi qu'à l'efficacité de l'infirmière dans sa façon de communiquer, à son sens éthique, aux bonnes relations qu'elle développe et qui facilitent la coordination, à ses habiletés d'innovations et d'amener et soutenir le changement (Mannix et al, 2013; Chavez, 2015). La mise en action du leadership clinique par les antécédents de l'infirmière et ses attributs apporte des conséquences positives pour la personne (patient et famille), l'infirmière, l'équipe de soins et le système (milieu de travail) (Mannix et al, 2013). Un exemple d'exercice de leadership clinique est présenté à l'encadré 1.

Encadré 1 : Vignette leadership clinique

Une infirmière clinicienne travaillant en soins à domicile visite une personne âgée ayant subi récemment une chirurgie de la hanche. Elle constate que la personne n'est pas en mesure de répondre aux objectifs de son plan de soins en raison des craintes de ressentir de la douleur qui l'empêchent de réaliser les exercices requis par sa condition. Misant sur ses compétences professionnelles en soins adaptés à la personne âgée vivant en communauté (*antécédents*) et les relations de collaboration qu'elle a développées avec les membres de l'équipe interprofessionnelle (*attributs*), elle convoque une rencontre avec eux pour discuter de l'évolution, des forces et des limites de la personne. Ses habiletés de leader clinique, l'efficacité de sa communication et de sa coordination lui permettent d'impliquer différents professionnels pour adapter le plan de soins à la personne. Le leadership clinique que déploie l'infirmière amène des conséquences positives sur le patient qui bénéficient ainsi de soins sécuritaires et adaptés à sa situation (*conséquences*).

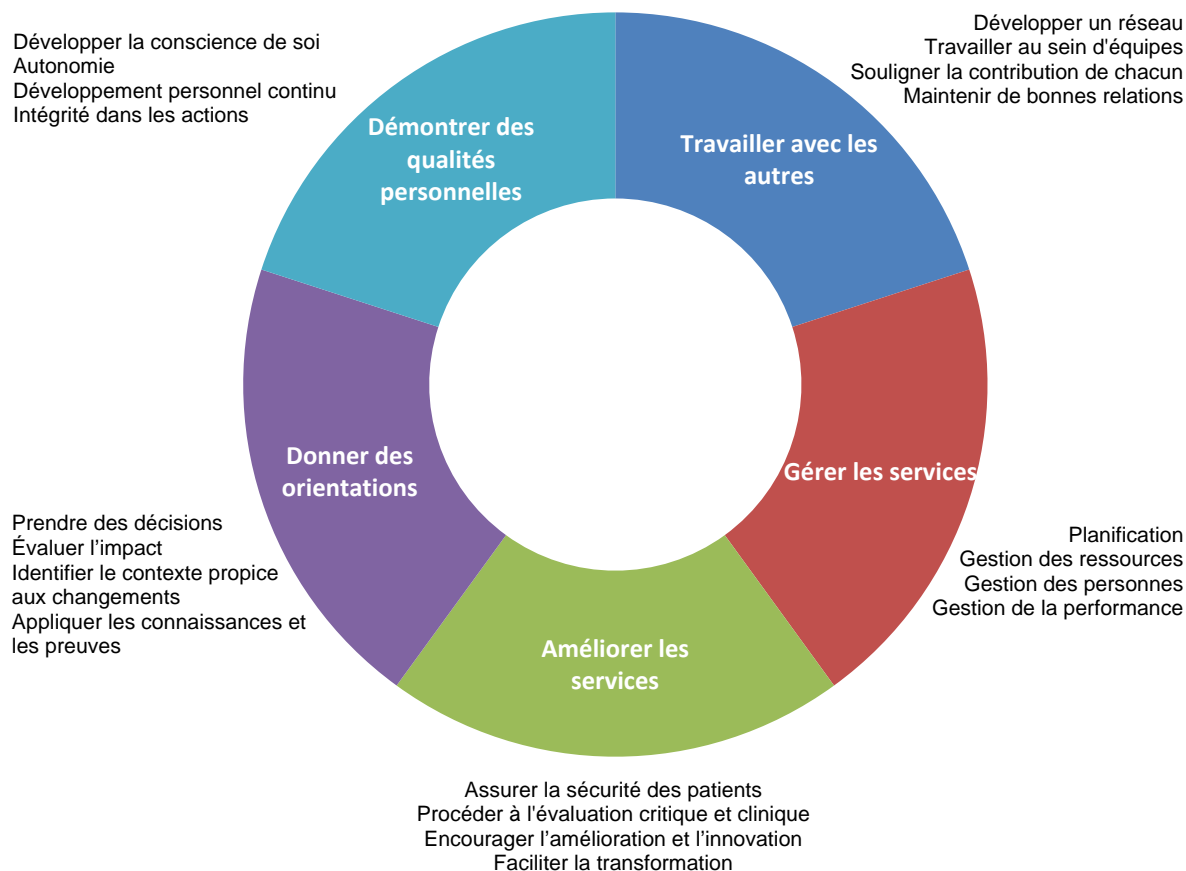


Figure 1. Cadre de compétences du leadership clinique du NHS (2010).

Obstacles au leadership clinique des infirmières cliniciennes.

La formation et l'expérience des infirmières cliniciennes du Québec leur procurent la chance de devenir de véritables leaders cliniques. Elles ont ainsi l'opportunité et le pouvoir de jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins du système de santé du pays (Adeniran et al. 2012). Or, il perdure certains obstacles qui nuisent à l'exercice du leadership clinique des infirmières cliniciennes.

En 2002, la loi 90 conférait à toutes les infirmières du Québec un champ d'exercice incluant quatorze activités réservées aux infirmières que d'autres provinces et pays nous envient (Langlois, Lauzier, Marleau & Leprohon, 2012). Dix ans plus tard, trois autres activités réservées s'ajoutaient conformément à la Loi

modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Langlois et al., 2012). Ces dix-sept activités sont exposées au tableau 1. À l'instar de la profession médicale, le champ d'exercice de la profession infirmière est maintenant défini de façon très large et comporte le spectre d'interventions le plus étendu parmi les professionnels de la santé (Office des professions du Québec, 2005)

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ». (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016)



Figure 2. Composantes du leadership clinique (Chavez & Yoder, 2015).

Ce cadre légal devrait être propice à l'exercice d'un leadership clinique fort par les infirmières, puisqu'il confirme leurs rôles dans le maintien et le rétablissement de la santé, la prévention de la maladie et les soins de fin de vie (Cavalière, 2014), auquel s'est ajouté le droit de prescrire pour les infirmières cliniciennes dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Collège des médecins du Québec, 2015). L'élargissement du champ de pratique des infirmières au cours des dix dernières années, a amené les représentantes de la profession infirmière au Québec à porter la tendance mondiale voulant que d'ici 2020, la pratique infirmière allait se transformer en migrant du milieu hospitalier vers la communauté (Association des infirmières et des infirmiers du Canada, 2006; Desrosiers, 2009). Cette transformation vise à rendre le système de soins plus efficace en misant sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, un meilleur suivi des maladies chroniques et le maintien à domicile des personnes (Desrosiers, 2009). Or, au moment d'écrire cet article, force est de constater que cette

transformation et cette appropriation du système tardent à s'accomplir. Pourtant la proportion d'infirmières cliniciennes habilitées par leur formation à travailler dans ces contextes s'accroît d'année en année pour atteindre maintenant 40% de l'effectif infirmier au Québec (OIIQ, 2017). Néanmoins, on perçoit que les infirmières cliniciennes, devant être au centre de cette transformation, peinent encore à faire valoir leur essentielle contribution auprès du grand public et des décideurs. Elles paraissent souvent coincées entre le lobby des infirmières techniciennes composant encore la majorité de l'effectif infirmier dans la province, l'engouement pour la pratique avancée des infirmières praticiennes sur lesquelles beaucoup d'espoirs sont fondés pour améliorer l'accessibilité des soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2014), l'hégémonie médicale historique sur les autres professions de la santé et les besoins pressants de plusieurs milieux cliniques à pourvoir leurs différents postes vacants. Considérant que la définition du champ de pratique d'une profession vise à protéger d'abord et avant tout, les intérêts du patient et non ceux du professionnel (Pryor,

2012), il est permis de penser qu'en n'occupant pas pleinement leur champ de pratique, les infirmières cliniciennes privent la population des soins adaptés, de qualité et de proximité auxquels

elle a droit. Il est donc impératif que les infirmières fassent preuve du leadership nécessaire pour déployer leurs rôles consentis par ces 17 activités réservées.

Tableau 1 :

Les activités réservées des infirmières et infirmiers au Québec

LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS L'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers
<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique 2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier 3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance 4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> (chapitre S-2.2) 5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance 6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance 7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent 8. Appliquer des techniques invasives 9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal 10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes 11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance 12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> 13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance 14. Décider de l'utilisation des mesures de contention 15. Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> et de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones</i> cris 16. Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application de l'article 14 de la <i>Loi sur les infirmières et infirmiers</i> 17. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.
Les activités 15-16-17 de l'article 36 sont issues de la Loi 21 article 14

Les infirmières doivent aussi contrer la méconnaissance qu'à la population en général de leur contribution à la santé des individus et des populations ainsi qu'au système de santé. Il est ainsi essentiel qu'elles se définissent plus clairement et plus fermement comme une composante essentielle du système de santé sous peine d'être englouties par ce dernier qui se réorganise et s'adapte (Spitzer, 1998).

Elles doivent aussi dénoncer et s'attaquer au cynisme de plusieurs infirmières qui croient peu en leur pouvoir de déployer leurs nouveaux rôles et en leur capacité à influencer le cours des choses. Ce

cynisme dans la profession n'est pas étranger au fait que les infirmières du Québec, comme ailleurs dans le monde, ont été une importante cible des réductions des coûts en plus de demeurer sous-évaluées, sous-payées et sous-utilisées en regard de leur champ de pratique (SIDIEF, 2015). Le leadership transformationnel et le leadership politique des infirmières cliniciennes peuvent contribuer à mieux promouvoir leur leadership clinique. Il faut aussi continuer à promouvoir la mise à jour des connaissances. La norme de formation continue qu'exige l'OIIQ depuis quelques années doit être vue comme une opportunité de

développer ses compétences et donc, son leadership clinique. L'instauration de programmes de mentorat dans le milieu de travail permet aussi de développer les compétences de leadership de l'infirmière (Adeniran et al. 2012). Ces programmes permettent de reconnaître les initiatives personnelles des infirmières pour s'identifier à des leaders cliniques dans le milieu en plus de créer un sentiment d'appartenance au milieu.

Conclusion

Le leadership des infirmières cliniciennes contribue à l'amélioration des soins et des résultats plus positifs pour la personne et sa famille. Pour l'accroître, les organisations sont appelées à créer de nouvelles cultures de leadership. Pour contrer les obstacles au leadership clinique, dont la méconnaissance de la population de la contribution des infirmières cliniciennes, les infirmières cliniciennes doivent faire appel à d'autres formes de leadership, dont le leadership transformationnel et le leadership politique.

Il est plus que temps pour les infirmières cliniciennes au Québec de prendre leur place dans ce système pour que la société puisse mieux faire face aux défis du vieillissement de la population, des maladies chroniques, de l'accessibilité et de la continuité des soins et des modifications de notre environnement et de nos modes de vie.

Références

- Adeniran, R. K., Bhattacharya, A., & Adeniran, A. A. (2012). Professional excellence and career advancement in nursing: a conceptual framework for clinical leadership development. *Nursing Administration Quarterly*, 36(1), 41-51.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier* (2e éd.). Toronto (Ontario).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Compétences nationales de base de l'infirmière clinicienne spécialisée*. Repéré à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/clinical_nurse_specialists_convention_handout_f.pdf
- Barlow, K. M. (2013). *A Meta-Analysis of Transformational Leadership and Subordinate Nursing Personnel Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover Intentions*. University of Maryland, Baltimore.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*, New York: Free Press
- Bohmer, R. M. (2013). Leading clinicians and clinical leading. *New England Journal of Medicine*, 268(16), 1468-1470.
- Cavaliere, R. (2014). *Mémoire : Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts* (Vol. 2015). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Chávez, E. C., & Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90-100. doi: 10.1111/nuf.12100
- Dallaire, C. (2008). L'action politique : une stratégie pour l'engagement professionnel. Dans Clémence Dallaire, *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Desrosier, G. (2009). Libérer les talents. *Perspective infirmière*, 6(20), 33-48.
- Desrosiers, G. (2014). Leadership infirmier et pouvoir d'influence. Repéré à <http://gyslainedesrosiers.com/leadership-infirmier-et-pouvoir-dinfluence/>
- Fischer, S. A. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644-2653. doi: 10.1111/jan.13049
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2013). Transformational leadership in nursing: towards a more critical interpretation. *Nursing Inquiry*, 20(1), 11-22. doi: 10.1111/nin.12006
- Langlois, P.-É., Lauzier, M., Marleau, D., & Leprohon, J. (2012). La relève infirmière du Québec : une profession, une formation. Westmount (Québec): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Mannix, J., Wilkes, L., & Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 45(1), 10-21 12p. doi: 10.5172/conu. 2013. 45.1.10
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Rapport du président du Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. Repéré à http://www.fneeq.qc.ca/fneeq/opencms/fr/accueil/communiqués/communiqués_2014/cegep/Ref-comm001-Rapport-13-945-01W.pdf
- NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges (2010) *Medical Leadership Competency Framework*, 3rd edition, Coventry: NHS institute for innovation and improvement Repéré à <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf>

- Office des professions du Québec. (2005). Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : rapport du Comité d'experts, Rapport Trudeau. Québec: OPQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Collège des médecins du Québec. (2015). Gain majeur pour la population québécoise : Les infirmières et les infirmiers auront le droit de prescrire dans certaines situations cliniques. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/dossiers-strategiques/prescription-infirmiere>
- OIIQ (2016) Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3^e édition. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>
- OIIQ (2017) Choisir sa formation. Site web de l'OIIQ <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/choisir-sa-formation>
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01238.x
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., & Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273 266p. doi: 10.1016/j.nedt.2010.11.009
- Pryor, J. (2012). Scope of practice: what is it, why is it important and how might it be clarified for nurses working in rehabilitation. *Journal of Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 15(2).
- SIDIIEF. (2015). Mémoire - La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale. Montréal, QC: Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
- Spitzer, A. (1998). Nursing in the health care system of the postmodern world : crossroads, paradoxes and complexity. *Journal of advanced Nursing*, 28 (1), 164-171.
- Supamane, T., Krairiksh, M., Singhakumfu, L., & Turale, S. (2011). Preliminary clinical nursing leadership competency model: A qualitative study from Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 433-439 437p. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00649.x
- Theofanidis, D. & Dikatanidou, S. (2006). Leadership in Nursing. *WEB Journal*. 25(1): 1-8.
- To, M. L., Tse, H. H. M., & Ashkanasy, N. M. (2015). A multilevel model of transformational leadership, affect, and creative process behavior in work teams. *The Leadership Quarterly*, 26(4), 543-556. doi: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.05.005>
- Victorian Healthcare Association. (2009). Clinical Leadership in Community Health Victorian Healthcare Association. Repéré à <http://www.healthcaregovernance.org.au/docs/clinical-leadership-in-ch-final-report-mar-2009-.pdf>

ⁱ Au Québec, il existe deux voies d'entrée pour accéder à la profession infirmière. La première consiste à trois ans d'études postsecondaires menant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DEC) et au titre d'infirmière technicienne suivant la réussite de l'examen d'admission de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). La seconde est le baccalauréat initial dispensé par les universités. Celui-ci dure également 3 ans à la suite de l'obtention d'un DEC de deux ans en sciences de la santé. Les infirmières effectuant cette formation accèdent au titre d'infirmière clinicienne après avoir réussi l'examen d'admission de l'OIIQ. Les infirmières techniciennes qui le souhaitent peuvent accéder au titre d'infirmière clinicienne en réalisant un baccalauréat en sciences infirmières. Celles ayant complété un DEC en soins infirmiers après 2004 peuvent se faire reconnaître des cours afin de réduire le temps d'étude pour l'obtention d'un baccalauréat en deux ans dans le cadre d'une formation intégrée DEC-BAC. La formation collégiale prépare les étudiants à travailler dans les soins généraux alors que les formations universitaires DEC-BAC et initiale les préparent à exercer en soins généraux ainsi que dans des domaines de soins plus complexes dont les soins intensifs et la traumatologie, la santé communautaire et la santé mentale (OIIQ, 2017).