

Pour faciliter la lecture, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête. Par ailleurs, l'expression *infirmière autorisée* englobe les titres réservés *infirmière immatriculée* et *infirmière*.

LE LEADERSHIP DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

POSITION DE L'AIIC

Les soins infirmiers sont une discipline de pratique et aussi un acte politique. Le leadership de la profession infirmière porte sur la réflexion critique, l'intervention et la représentation, et il se manifeste dans tous les rôles et les domaines de la pratique des soins infirmiers. Le leadership en soins infirmiers joue un rôle charnière dans la vie immédiate des infirmières et il a un effet sur tout le système de santé et sur la population canadienne qu'il sert. C'est pourquoi le système de santé du Canada a besoin d'une offre stable de chefs de file des soins infirmiers qui sont visionnaires et énergiques¹ dans tous les domaines de la discipline, qui sont crédibles, courageux, visibles, qui sont une source d'inspiration et qui ont l'autorité et les ressources nécessaires pour appuyer une pratique moderne, innovatrice et professionnelle des soins infirmiers.

Qu'est-ce que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada entend par « leadership de la profession infirmière » ?

Le leadership de la profession infirmière, c'est...

- ...des infirmières qui comprennent que le développement des chefs de file des soins infirmiers doit commencer au début même de tout programme de formation en soins infirmiers et continuer durant toute la carrière de chaque infirmière. Les formateurs, depuis les universitaires jusqu'aux mentors personnels, en passant par les infirmières cliniciennes formatrices et tous ceux qui se trouvent entre les deux, suscitent l'attente selon laquelle les infirmières *peuvent* et *doivent* être des chefs de file. Dans ce contexte, le leadership, c'est aider les infirmières à hausser la barre de leur pratique afin de considérer les soins infirmiers non seulement comme une série d'actes de soin scientifique qui peuvent changer la vie d'une personne, mais aussi comme un engagement de toute une vie envers l'intervention politique qui vise à faire changer le système. Le leadership commence lorsque les étudiantes comprennent la signification de la pratique des soins infirmiers respectueuse de l'éthique et se poursuit durant toute leur carrière d'infirmière, à mesure que les infirmières établissent des liens entre la personne et la population, et du contexte local à celui du monde.
- ...des infirmières qui pratiquent avec compétence, sont engagées et prodiguent des soins exemplaires², réfléchissent de façon critique et autonome, éclairent leur pratique par des données probantes, délèguent et assument des responsabilités de la bonne façon, représentent les patients et des communautés, insistent pour pratiquer en occupant tout le champ d'exercice que leur confère la loi et repoussent les limites de la pratique jusqu'à de nouveaux niveaux innovateurs.

¹ (McManis et Monslave Associates, 2003)

² (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2006)

- ...des infirmières qui créent et utilisent des recherches, qui posent les questions et cherchent les réponses qui peuvent donner forme à des politiques publiques saines. Dans ce domaine, le leadership, c'est conjuguer la science à une compréhension profonde des besoins de la population dans le domaine de la santé, de la pratique des soins infirmiers et de la formation pour permettre d'envisager de nouveaux avenir et de faire progresser fermement la *discipline* des soins infirmiers. C'est encadrer des chercheurs débutants et nouer des liens étroits avec les chefs de file de la pratique et des politiques afin d'aider à donner forme à des résultats de politiques publiques de plus grande envergure.
- ...des infirmières qui élaborent, analysent et interprètent des politiques et qui parlent en toute connaissance de cause de la santé humaine, de systèmes de santé, de réglementation et de l'économie de la santé afin d'éclairer de façon utile et crédible l'élaboration de cadres de réglementation et de politiques publiques saines.
- ...des administratrices innovatrices et visionnaires depuis le premier palier de gestion jusqu'aux cadres de direction du plus haut niveau – des chefs de file qui comprennent ce que sont des milieux de travail dynamiques et stimulants où les infirmières peuvent prodiguer aux Canadiens qu'elles servent des soins sécuritaires, accessibles, opportuns et de grande qualité et savent qu'elles doivent les créer.

Il faut du leadership à tous les postes de soins infirmiers dans tous les domaines de la pratique.

Les infirmières canadiennes, à tous les postes qu'elles occupent, doivent devenir des chefs de file et faire preuve de leadership – depuis l'étudiante enthousiaste jusqu'à la clinicienne professionnelle compétente, depuis l'excellente membre de l'équipe jusqu'au cadre de direction et depuis la chercheuse débutante jusqu'à la formatrice la plus chevronnée.

Le leadership constitue une responsabilité partagée.

Les résultats pour les patients, l'équipe, l'organisation et le système en bénéficient tous lorsque les infirmières de tous les domaines de pratique et à tous les niveaux maximisent leur potentiel de leadership. L'énergie collective d'un leadership partagé permet aux infirmières de créer de solides réseaux et de nouer des liens solides qui contribuent à la pratique de grande qualité des soins infirmiers.

Le leadership et les techniques de gestion coexistent comme ensembles de connaissances spécialisées interdépendantes.

Les infirmières chefs de file à tous les niveaux et à tous les postes doivent acquérir des techniques d'organisation et de gestion, qu'elles gèrent des ressources humaines, budgétaires, stratégiques, temporelles, matérielles ou autres. De même, les administratrices en soins infirmiers à tous les niveaux doivent acquérir de solides techniques de leadership pour être efficaces. L'exercice de bonnes techniques de gestion est une qualité d'un bon chef de file – et les techniques de leadership sont nécessaires à une solide gestion.

Le leadership en soins infirmiers est un déterminant essentiel de milieux de travail professionnels dynamiques dans tout le système de santé, partout où des infirmières pratiquent.

Afin d'appuyer une pratique professionnelle de grande qualité et d'aider les infirmières à se sentir en sécurité, respectées et valorisées, un sentiment de bienveillance humaine chez tous les professionnels de la santé doit caractériser tous les milieux de travail. Les infirmières ont une obligation éthique « lorsque les ressources manquent... [de] travailler, en collaboration avec d'autres personnes intéressées, à l'ajustement des priorités et à la minimisation des



préjudices... [elles] informent les employeurs des menaces potentielles pour la sécurité³ » afin de prodiguer des soins infirmiers sécuritaires, compatissants, compétents et respectueux de l'éthique. Des chefs de file cliniciens et des administrateurs sont chargés de créer et de maintenir de tels milieux de travail pour le bénéfice de tous ceux qui reçoivent des services de santé – et de toutes les personnes qui les fournissent. Praticiens, employeurs, gouvernements, organismes de réglementation, associations professionnelles, établissements d'enseignement, syndicats et la population se partagent ces responsabilités.

Le leadership consiste notamment à mentorer, encadrer, appuyer, récompenser et attirer d'autres chefs de file à tous les niveaux.

Le leadership n'est pas simplement un phénomène « naturel » et il ne dure pas sans un soutien intensif et continu. Le leadership est un continuum qui évolue et est renforcé par un mariage de techniques innées et acquises qu'il faut peaufiner. Les infirmières chefs de file doivent accorder une attention particulière aux besoins de multiples générations d'infirmières actives⁴. On s'attend aussi à ce que chaque infirmière chef de file prépare une relève. Les infirmières de tous les domaines de pratique doivent aider à mettre en place des moyens d'attirer des jeunes, du dynamisme, des idées nouvelles et une énergie nouvelle en leadership des soins infirmiers.

Les infirmières chefs de file qui occupent des postes de cadres supérieurs participent aux décisions au niveau les plus élevés de leur organisation.

Afin de créer des milieux de travail dynamiques, sécuritaires et innovateurs, les infirmières dirigeantes de toutes les organisations qui fournissent des soins de santé doivent participer à la prise de décision aux niveaux les plus élevés et avoir l'autorité et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des pratiques de grande qualité. « Il est crucial pour [faire progresser] la pratique des soins infirmiers de contrôler les ressources et d'en avoir la responsabilité, de relever directement du chef de la direction et de siéger au conseil de la haute direction⁵. »

Le leadership en soins infirmiers comprend la représentation.

Les infirmières chefs de file préconisent (a) *des systèmes de prestation sécuritaire des soins*⁶; (b) *des milieux de travail de qualité*⁷ qui prévoient des ressources humaines et autres appropriées, et (c) *la justice sociale, les ressources nécessaires pour aborder les déterminants généraux de la santé et les services qui aplanissent les disparités et améliorent l'accès aux soins pour les groupes vulnérables*⁸.

Les infirmières chefs de file doivent étudier, mettre au point, essayer et appliquer des solutions stratégiques efficaces, innovatrices et responsables sur le plan budgétaire.

Les infirmières doivent mettre au point des modèles innovateurs possibles de prestation de services qui améliorent l'accès aux soins, réduisent les temps d'attente et renforcent les services de santé du Canada financés par le secteur public et fournis en fonction des besoins et non de la capacité de payer.

³ (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008, p. 9)

⁴ (Wilson, Squires, Widger, Cranley et Tourangeau, 2008; Farag, Tullai-McGuinness et Anthony, 2009)

⁵ (Anonyme, 2007, p. 3)

⁶ (AIIC, 2009a)

⁷ (AIIC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, 2006)



L'AIIIC croit que son rôle dans l'établissement et le soutien d'un programme pancanadien de leadership en soins infirmiers doit consister notamment à :

- intéresser – créer une conviction stratégique et mobiliser les infirmières dans le programme de leadership;
- élaborer des visions et utiliser l'imagination nécessaires pour créer l'avenir des soins infirmiers et des soins de santé;
- renforcer la capacité, encadrer, offrir de préparer la relève et recruter des infirmières débutantes;
- faire de la représentation dans le domaine général des politiques publiques saines;
- appuyer les cadres de réglementation;
- renforcer la capacité d'élaboration de politiques et la capacité de leadership des effectifs infirmiers;
- mettre en commun le savoir-faire;
- chercher à intégrer la diversité et l'équité dans la profession.

CONTEXTE

Depuis plus d'un quart de siècle, une masse de plus en plus importante de données probantes crédibles établit un lien entre le leadership des soins infirmiers et les résultats positifs pour les patients, les fournisseurs et les organisations⁹. Depuis le milieu des années 90, le Canada voit toutefois le nombre de postes officiels de leadership en soins infirmiers diminuer régulièrement, tandis que le nombre de chefs de file qui ne sont pas infirmières augmente (même dans des domaines cliniques qui visent principalement les soins infirmiers). La disparition de presque 7 000 postes administratifs entre 1994 et 2002 seulement – sans oublier la disparition simultanée de postes d'infirmières des premières lignes et de places dans les écoles de sciences infirmières – a coïncidé avec des pénuries et une dégradation du moral des effectifs infirmiers qui demeurent ancrés profondément dans la profession infirmière au Canada¹⁰.

Le plus troublant dans tout cela, c'est peut-être le démantèlement des relations entre surveillantes et employées qui sont tellement cruciales en soins infirmiers. L'importance de la relation entre les infirmières et leurs chefs de file a déjà été bien définie dans le contexte des études sur les hôpitaux-aimants réalisées au début des années 80 et elle persiste toujours. Nous savons « qu'il est possible d'améliorer le sentiment de responsabilisation des infirmières autorisées de chevet par des comportements de leadership transformationnel perçus chez les infirmières qui sont cadres intermédiaires¹¹ ». L'American Organization of Nurse Executives (AONE) signale l'importance fondamentale de l'appui que la haute direction accorde aux infirmières chefs de file à tous les niveaux, « et particulièrement aux gestionnaires au niveau de l'unité maintenant généralement considérées comme... les chefs de la conservation¹² ».

La disparition de tellement de postes d'administration en soins infirmiers au Canada a laissé aux chefs de file survivants des champs de contrôle parfois vastes, souvent étalés sur de multiples professions, unités et sites. Comme les administrateurs

⁸ (AIIIC, 2008)

⁹ (Laschinger et coll., 2008)

¹⁰ (Cummings et Eastabrooks, 2003)

¹¹ (Gullo et Gerstle, 2004, p. 264)

¹² (McManis et Monslave Associates, 2003, p. 5)



des premières lignes ont en moyenne 71 subalternes directs (médiane de 63, plage de 5 à 264) au Canada, « ce qui dépasse de loin les paramètres que l'on trouve dans d'autres milieux de travail¹³ », la superviseure peut devenir très rapidement une personne très distante. La capacité de diriger que l'on perçoit chez l'administrateur a un effet important sur le climat de travail¹⁴ – il est difficile d'agir en chef de file lorsque les tâches administratives reliées au champ de contrôle englobent tout le temps de la personne en cause. Les dommages possibles vont plus loin parce que « des champs de contrôle vastes qui limitent les contacts entre le gestionnaire et son personnel à cause de charges de travail déraisonnables rendent ces rôles moins attrayants et aggravent la pénurie imminente d'infirmières gestionnaires¹⁵ ».

Les structures organisationnelles comme la gestion de programmes peuvent compliquer le problème : elles ne sont porteuses d'aucune promesse d'harmonisation professionnelle entre les administrateurs, les chefs de file du secteur de la pratique clinique et les fournisseurs de soins des premières lignes, et peuvent aussi lever des obstacles transdisciplinaires à la communication efficace, à la compréhension mutuelle et même à la pratique des soins infirmiers respectueuse de l'éthique¹⁶. On demande de plus en plus aux infirmières administratrices et aux dirigeantes chefs de file du XXI^e siècle de comprendre davantage le leadership afin d'y englober les besoins de ces vastes équipes multiprofessionnelles qui peuvent regrouper de nombreuses catégories de professionnels de la santé et d'autres ressources humaines œuvrant dans de multiples contextes. Tout comme la disparition de postes officiels de leadership a rendu plus important que jamais le besoin d'un solide leadership *clinique*, elle a donc nui aussi à cette évolution, ce qui est paradoxal. Toutes les infirmières, pour lesquelles la relation avec une infirmière superviseure accessible et visible est tellement importante, peuvent se débrouiller seules avec quelques-uns seulement des moyens de soutien que l'on fournit habituellement dans les milieux cliniques. Comme l'ont signalé Aiken et ses collaborateurs, la réduction du nombre d'infirmières administratrices aux premières lignes « fait disparaître un moyen clé d'établir un lien entre la mission de l'hôpital et les fournisseurs de soins au chevet, ainsi qu'un moyen de faire savoir que l'administration est à l'écoute des préoccupations des soignants des premières lignes¹⁷ ». Les répercussions font réfléchir. L'étude réalisée par Aiken dans cinq pays, qui a marqué une étape, a révélé que beaucoup d'infirmières débutantes de moins de 30 ans avaient l'intention de quitter leur emploi au cours de l'année suivante – et l'on sait qu'il y a un lien entre l'intention de partir et l'augmentation réelle du roulement. Le lien entre l'administration et le leadership en soins infirmiers et les résultats pour l'organisation peut donc être profond.

La création de rôles de chefs de file de la pratique professionnelle a réussi jusqu'à un certain point à compenser les effets de la pénurie d'administrateurs et de chefs de file aux premières lignes, mais ce rôle – ainsi que celui de chef professionnel des soins infirmiers – n'a que la persuasion comme autorité. C'est pourquoi VanDeVelde-Coke préconise que les soins infirmiers soient dirigés par des infirmières cadres qui siègent aux niveaux décisionnels les plus élevés et ont un pouvoir budgétaire sur les programmes cliniques¹⁸. Avec tous les changements qui se produisent au niveau des structures organisationnelles et de leadership et la disparition d'un grand nombre d'infirmières administratrices et de chefs de file de la pratique clinique, comme les infirmières cliniciennes spécialisées, le leadership *clinique* est plus important que jamais.

Fugate Woods supplie les formateurs d'infirmières de préparer les étudiantes à « *diriger là où elles aboutissent* – qu'elles pratiquent dans les hôpitaux ou dans la communauté, ou auprès de nouveau-nés ou de personnes âgées¹⁹ ». Elle décrit

¹³ (Laschinger et Wong, 2007, p. i)

¹⁴ (Sellgren, Ekvall et Tomson, 2008)

¹⁵ Ibid., p. 21

¹⁶ (Wall et Austin, 2008)

¹⁷ (Aiken et coll., 2001, p. 51)

¹⁸ (Anonyme, 2007)

¹⁹ (Fugate Woods, 2003, p. 256)



ensuite l'évolution de l'étudiante à l'infirmière clinicienne chef de file. Elle décrit ce rôle de leadership comme celui de la personne qui « fournit et gère les soins aux points de soin ou de contact avec les personnes et les cohortes, prévoit les risques, représente les patients, éduque des personnes et leur famille ou des cohortes de patients, gère l'environnement et les ressources humaines et matérielles et joue un rôle de chef de file et de membre d'équipe de soins de santé. L'infirmière clinicienne chef de file est notamment clinicienne, représentante des patients, formatrice, gestionnaire d'information, analyste de système, chef d'équipe et membre d'une profession²⁰ ».

Enfin, le leadership en soins infirmiers doit s'étendre à des questions de politiques publiques plus générales. McTeer, par exemple, soutient que les infirmières doivent « reconnaître le rôle de plus grande envergure qu'elles jouent sur la scène de l'établissement des politiques publiques », affirmant qu'elles « doivent trouver en elles la capacité... de diriger, de guider, d'orienter et d'influencer les débats publics sur la science et la technologie²¹ ». Elle parle dans ce cas du défi le plus mystérieux mais crucial pour le leadership des soins infirmiers. McTeer appuie son argumentation sur l'observation selon laquelle étant donné le vaste éventail de contextes et de situations où les infirmières pratiquent, leur « expérience particulière et leurs connaissances directes leur ont mérité un rôle spécial dans le contexte du programme des politiques lorsqu'il s'agit de créer les règles et les règlements qui régiront à l'avenir les sciences et la technologie²² ». Les infirmières ont de même joué un rôle historique dans les pressions exercées en faveur des soins de santé financés par le secteur public – accessibles en fonction du besoin et non de la capacité de payer – en tant que droit fondamental de la personne. Ce leadership est plus important que jamais au moment où les difficultés économiques assaillent les gouvernements et les fournisseurs de services. Il faut alors faire jouer le leadership d'infirmières scientifiques et spécialistes des politiques en posant les bonnes questions, cherchant les réponses et positionnant des porte-parole de la profession infirmière aux tables où se prennent les décisions stratégiques.

POUR L'AVENIR

L'instauration de modèles futurs de soins de santé qui donneront des résultats passe par un leadership efficace. Les infirmières chefs de file doivent collaborer avec les professionnels de la santé et les responsables des politiques afin de créer un avenir privilégié pour le système de santé du Canada²³. À cause de tels appels à l'action, Huston affirme que « les programmes de formation en sciences infirmières et les organisations de soins de santé doivent commencer maintenant à préparer les infirmières à être des chefs de file efficaces en 2020 ». Elle poursuit en affirmant qu'« il faudra à cette fin l'éducation et la formation structurées qui font partie de la plupart des programmes de formation de cadres et instaurer des attitudes appropriées par l'apprentissage social²⁴ ».

Les liens entre les chefs de file de la profession infirmière et les résultats pour les patients et les organisations sont clairs et « un leadership efficace en soins infirmiers est important dans tous les rôles infirmiers²⁵ ». Depuis le soin et la sécurité de chaque patient jusqu'à l'établissement d'une vision de l'avenir, en passant par les coûts du système en général, le leadership constitue la cheville ouvrière. Le contraire est tout aussi vrai : Leape soutient qu'un « manque

²⁰ Ibid.

²¹ (McTeer, 2005, p. 19)

²² Ibid., p. 18

²³ (AIIIC, 2009b)

²⁴ (Huston, 2008, p. 905)

²⁵ (AIIAO, 2006, p. 17)



de leadership inspiré, constant et énergique freine énormément le progrès²⁶ ». En ce qui concerne le renforcement de la sécurité des patients en particulier, il a déclaré qu'« aucune organisation ne peut instaurer les changements importants qui s'imposent... sans un leadership énergique au sommet²⁷ ». L'Académie des chefs de direction en soins infirmiers²⁸ et l'AONE²⁹ sont toutes deux d'avis que le leadership en soins infirmiers est particulièrement important pour la sécurité et la fiabilité du système de santé.

Bednash relie le leadership au besoin de « changement fondamental... tant au niveau de la pratique des soins infirmiers qu'à celui des systèmes où les infirmières prodiguent des soins », en affirmant qu'« il faut laisser tomber les propos dépassés sur la pratique au niveau débutant en faveur d'un nouveau propos sur la façon de former le mieux les infirmières en vue du monde dynamique des soins de santé où les agents thérapeutiques, la technologie et la science des soins de santé créent pour la pratique une réalité complexe et d'une différence frappante³⁰ ». D'autres infirmières chefs de file préconisent un leadership qui créera un nouveau niveau de pratique des soins infirmiers basée sur l'élimination des disparités sur le plan de la santé³¹ – le problème vexant que pose la diversité dans les soins infirmiers au-delà des premières lignes reste à résoudre.

Pour donner vie à ces programmes, il faut un bassin d'infirmières disposées et aptes à accepter des rôles officiels en administration et en leadership. La principale recommandation découlant d'études canadiennes sur le leadership en soins infirmiers précise clairement « qu'il faut préparer immédiatement la relève afin de garantir l'avenir du leadership en soins infirmiers³² », car les infirmières chefs de file à tous les niveaux ont en moyenne de 47 à 51 ans. Dans son étude des enjeux reliés aux pénuries mondiales d'infirmières, le Conseil international des infirmières (CII) parle lui aussi du besoin de préparer la relève et plus particulièrement de former de solides cadres de direction³³. Le CII signale ensuite qu'il faut créer des outils afin de permettre l'élaboration de politiques et le lobbying.

À mesure qu'on met en place des plans pour faire progresser le programme du leadership, la profession infirmière en général pourrait avoir intérêt à ne pas oublier huit compétences spécialisées qui, selon Huston « seront essentielles aux infirmières chefs de file en 2020 :

1. une perspective ou attitude mondiale face aux soins de santé et les enjeux des soins infirmiers professionnels;
2. des aptitudes pour la technologie qui facilitent la mobilité et la transférabilité des liens, des échanges et des processus opérationnels;
3. des techniques décisionnelles d'expert enracinées dans la science empirique;
4. la capacité de créer des cultures organisationnelles qui transcendent les soins de santé de qualité et la sécurité des patients et des travailleurs;

²⁶ (Buerhaus, 2007, p. w695)

²⁷ Ibid.

²⁸ (Mass, 2008)

²⁹ (American Organization of Nurse Executives, 2006)

³⁰ (Bednash, 2003, p. 258)

³¹ (Smith, 2007)

³² (Laschinger et Wong, 2007, p. i)

³³ (Oulton, 2006)



5. la capacité de comprendre les processus politiques et d'intervenir de la façon appropriée dans ce domaine;
6. des techniques très développées de collaboration et d'édification d'équipe;
7. la capacité d'établir un équilibre entre l'authenticité et les attentes au niveau du rendement;
8. la capacité d'établir une vision d'un système de santé caractérisé par le changement rapide et le chaos et de s'y adapter de façon proactive³⁴ ».

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AIIC
Septembre 2009*

Références :

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.

American Organization of Nurse Executives. (2006). *Position statement: The role of the nurse executive in patient safety*. Washington, D.C. : auteur.

Anonyme. (2007). Entrevue avec Susan VanDeVelde-Coke. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(4). Extrait le 29 avril 2009 de <http://www.longwoods.com>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). Développement et maintien du leadership infirmier. (Programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire des soins infirmiers). Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009a). *Sécurité des patients* [Énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009b). *La prochaine décennie : la vision de l'AIIC d'un avenir en santé*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. (2006). *Milieus de pratique : Optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et le système* [Énoncé de position commun]. Ottawa : auteurs.

Bednash, G. P. (2003). Leadership redefined. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 4(4), 257-258.

Buerhaus, P. (2007). Is hospital patient care becoming safer? Conversation avec Lucian Leape. *Health Affairs*, exclusivement sur le Web, 9 octobre 2007. W687-W696.

³⁴ (Huston, 2008, p. 905)



-
- Cummings, G. et Eastabrooks, C. A. (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 Social Policy*, 23(8/9), 8-53.
- Farag, A., Tullai-McGuiness, S. et Anthony, M. (2009). Nurses' perception of their manager's leadership style and unit climate: Are there generational differences? *Journal of Nursing Management*, 17, 26-34.
- Fugate Woods, N. (2003). Leadership – not just for a few! *Policy, Politics and Nursing Practice*, 4(4), 255-256.
- Gullo, S. et Gerstle, D. (2004). Transformational leadership and hospital restructuring: A descriptive study. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 5(4), 259-266.
- Huston, C. (2008). Preparing nurse leaders for 2020. *Journal of Nursing Management* 16, 905-911.
- Laschinger, H. et Wong, C. (2007). *A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals*. Rapport final pour le projet no RC1-0964-06 du concours de subventions ouvertes de la FCRSS. London, Ont. : Université Western Ontario.
- Laschinger, H., Wong, C., Ritchie, J., D'Amour, D., Vincent, L., Wilk, P., Armstrong Stassen, M., Matthews, S., Saxe-Braithwaite, M., Grinspun, D., Shamian, J., McCutcheon, A., Kerr, M., Macdonald-Rencz, S., Oke, B., Denney, D., White, J. et Almost, J. (2008). A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals. *Healthcare Quarterly*, 11(2), 85-94.
- Mass, H. (2008). ACEN and the health of Canadians. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21(4), 24-28.
- McManis et Monslave Associates. (2003). *Healthy work environments: Striving for excellence* (vol. II). Washington, D.C. : American Organization of Nurse Executives.
- McTeer, M. (2005). Leadership and public policy. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 6(1), 17-19.
- Oulton, J. (2006). The global nursing shortage: An overview of issues and actions. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 7(3) Supplement, 34s-39s.
- Sellgren, S., Ekvall, G. et Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of Nursing Management* 16, 578-587.
- Smith, G. (2007). Health disparities: What can nursing do? *Policy, Politics and Nursing Practice*, 8(4), 285-291.
- Wall, S. et Austin, W. (2008). The influence of teams, supervisors and organizations on healthcare practitioners' abilities to practise ethically. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21(4), 85-99.
- Wilson, B., Squires, M., Widger, K., Cranley, L. et Tourangeau, A. (2008). Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management*, 16, 716-723.



Voir aussi :

Publications de l'AIIC :

- *Cadre canadien de réglementation des infirmières et infirmiers* (Énoncé de position, 2007)
- *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada* (2007)
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2008)
- *La pratique infirmière avancée* (Énoncé de position, 2007)
- *La pratique infirmière avancée : un cadre national* (2008)
- *La prochaine décennie : la vision de l'AIIC d'un avenir en santé* (2009)
- *Milieus de pratique : Optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et le système* (Énoncé de position commun, 2006)
- *Planifier la relève du leadership infirmier* (2003)
- *Sécurité des patients* (Énoncé de position, 2009)

Remplace :

Leadership de la profession infirmière (2002)

EP-110

