

Université de Montréal

Compétences d'infirmiers nouvellement diplômés d'un programme de baccalauréat basé sur  
l'approche par compétences : une ethnographie ciblée d'un milieu de soins aigus

par Martin Charette

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*  
en sciences infirmières, option formation en sciences infirmières

Avril 2018

© Charette, 2018

## Résumé

Dans les 15 dernières années, deux rapports (Frenk et al., 2010; Institute of Medicine, 2003) ont soutenu la nécessité d'une réforme dans les programmes de formation en sciences infirmières et autres sciences de la santé, afin de se baser sur une approche pédagogique par compétences (APC). Ce changement devait permettre de préparer les nouveaux diplômés à la réalité des systèmes de santé et aux défis de l'avenir. Peu d'études ont mis en évidence les compétences mises en œuvre par des infirmiers nouvellement diplômés (IND) de ces programmes réformés. Le but de cette étude était, d'une part, de décrire le déploiement de compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une faculté de sciences infirmières (FSI) québécoise, tel que perçu par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et, d'autre part, de discuter de l'influence de cette culture sur ce déploiement de compétences. Pour guider cette étude, un cadre théorique a été construit, intégrant le modèle de développement de l'expertise professionnelle de Benner (1982, 1984) aux travaux de Tardif (2006) sur l'APC.

Une ethnographie ciblée a été réalisée sur trois unités de soins aigus auprès de 19 acteurs-clés, soit des IND (n=4), infirmiers précepteurs (n=2), conseillers en soins infirmiers (n=9) et autres professionnels (n=4). Les données ont été collectées par des entrevues individuelles, groupes de discussion et de l'observation, et analysées selon le cadre ethnographique infirmier de Roper et Shapira (2000).

Les résultats ont permis d'identifier trois thèmes. Le premier concerne les débuts professionnels des IND, l'appropriation de leur nouveau rôle, le morcellement de leur pratique

en tâches et le développement de leur pratique. Le second thème porte sur la collaboration des IND dans l'équipe interprofessionnelle, la difficulté du travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire et leur facilité à maintenir une relation avec les patients et leur famille. Le dernier thème concerne la pratique scientifique des IND, leur curiosité scientifique accrue ainsi que leur utilisation de sources scientifiques et crédibles qui doivent être encouragées. Les éléments décrits dans ces trois thèmes ont été analysés à la lumière du référentiel de compétences pour conclure que les IND déploient sept des huit compétences développées pendant leur formation initiale. Des facteurs organisationnels influencent ce déploiement de compétences, soit le programme d'accueil et d'orientation, la stabilité d'unité et d'horaire, la charge de travail et la culture scientifique de l'unité de soins. Des facteurs individuels ont aussi un impact, soit la personnalité et les stages effectués pendant la formation initiale des IND, l'identification de modèle de rôle, l'intégration des IND à l'équipe et la dénonciation de comportements d'intimidation de la part d'autres infirmières et finalement, la reconnaissance de l'expertise infirmière par les autres professionnels.

Les connaissances découlant de cette étude permettent de mieux comprendre la transition d'IND d'un programme basé sur l'APC, lorsqu'ils débudent leur pratique professionnelle. Elles ont des retombées pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier et permettront d'améliorer les programmes de formation initiale et d'adoucir la période de transition entre le milieu de formation et le milieu clinique.

### **Mots-clés**

Approche par compétences, compétence clinique, contexte culturel, ethnographie, formation infirmière, infirmière nouvellement diplômée, sciences infirmières, soins aigus

## **Abstract**

In the last 15 years, two important reports (Frenk et al., 2010; Institute of Medicine, 2003) have supported the need for reform in nursing education and other health sciences curricula to build on competency-based education (CBE). This change was intended to prepare new graduates for the reality of health systems and future challenges. Few studies have focused on how newly graduated nurses (NGNs) from these reformed programs use the competencies they have developed. The purpose of this study was twofold: first, to describe the deployment of competencies of NGNs from a competency-based undergraduate nursing program in a Quebec faculty of nursing, as perceived by various actors in acute care settings and second, to examine the influence of the culture of acute care settings on competency deployment by NGNs. To guide this study, a theoretical framework integrating Benner's professional advancement model (1982) to Tardif's work on competency-based education and competency development (2006) was built.

A focused ethnography was conducted on three acute care units of an academic hospital. Convenience and snowball sampling strategies were used to recruit 19 key actors: NGNs (n = 4), nurse preceptors (n = 2), clinical nurse specialists (n = 9) and other professionals (n = 4). Data were collected through individual interviews, focus groups and observation, and analyzed according to Roper and Shapira (2000) ethnographic nursing analysis framework.

Three themes were identified to describe the deployment of competencies of NGNs. The first theme concerns the professional beginnings of NGNs, the appropriation of their new role, the fragmentation of their practice into tasks and the development of their practice. The second

theme relates to the collaboration of NGNs in the interprofessional team, their difficulty in the management of the intraprofessional team with licensed practical nurses and their ability to maintain a relationship with patients and families. The last theme concerns the scientific practice of NGNs, their increased scientific curiosity and their use of scientific and credible sources that must be encouraged. The elements described in these three themes were analyzed in the light of the competency framework to conclude that the NGNs deploy seven of the eight competencies developed during their training. Organizational and individual factors were identified as influencing the deployment of competencies of NGNs. Organizational factors are orientation, stability, workload, as well as the scientific culture of the unit. Personal factors have been linked to groups of professionals: for NGNs, personality and clinical placements during their initial training; for nurses working with NGNs, to be role models, to promote integration and to denounce bullying; and for other health professionals, to recognize nursing expertise.

The knowledge gained from this study provides a better understanding of the competencies of NGNs and the elements influencing the beginning of their practice. These results have implications for the various fields of nursing practice and will help improve initial training programs and ease the transition period between the academic environment and the clinical setting.

### **Keywords**

Competency-based education, clinical competence, cultural context, ethnography, nursing education, newly graduated nurse, nursing, acute care

## Table des matières

Résumé .....	i
Abstract .....	iii
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Liste des abréviations .....	xi
Remerciements .....	xiii
<b>CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>1</b>
But et questions de recherche .....	8
<b>CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>9</b>
Approche par compétences (APC) .....	10
<i>Historique et bases théoriques de l'APC</i> .....	10
<i>Définitions et caractéristiques d'une compétence</i> .....	17
<i>Programmes de sciences infirmières basés sur une APC et leurs retombées</i> .....	23
<i>Retombées d'une MEA : l'APP</i> .....	31
Compétences d'IND .....	34
Culture de milieu hospitalier de soins aigus .....	37
Cadre de référence .....	40
<i>De novice à expert</i> .....	40
<i>Vision pédagogique de Benner</i> .....	42
<i>Critiques des écrits de Benner</i> .....	44
<i>Intégration des travaux de Benner et de l'APC</i> .....	48
<b>CHAPITRE 3 MÉTHODE .....</b>	<b>53</b>
Référents ontologique et épistémologique .....	54
Devis de recherche .....	56
<i>Ethnographie</i> .....	56
<i>Ethnographie ciblée</i> .....	58
Déroulement général de l'étude .....	59
Milieu de l'étude .....	60
Échantillonnage et recrutement .....	61

<i>Stratégie d'échantillonnage et groupes d'acteurs-clés</i> .....	61
<i>Critères de sélection</i> .....	62
<i>Taille d'échantillon</i> .....	66
<i>Recrutement</i> .....	67
Collecte de données.....	68
<i>Questionnaire sociodémographique</i> .....	69
<i>Observation</i> .....	69
<i>Conversations informelles</i> .....	72
<i>Notes de terrain</i> .....	72
<i>Entrevues individuelles</i> .....	73
<i>Groupes de discussion</i> .....	75
<i>Journal de bord</i> .....	77
<i>Documents de l'établissement de santé</i> .....	78
Analyse des données .....	80
<i>Cadre d'analyse : Référentiel de compétences de la FSI-UdeM</i> .....	80
<i>Étape 1 : Codage descriptif</i> .....	81
<i>Étape 2 : Regroupement des codes</i> .....	82
<i>Étape 3 : Identification des cas extrêmes</i> .....	87
<i>Étape 4 : Généralisation et construction d'une compréhension théorique</i> .....	87
<i>Utilisation de mémos</i> .....	88
Critères de rigueur scientifique .....	88
<i>Rigueur méthodologique</i> .....	89
<i>Crédibilité du chercheur</i> .....	90
<i>Cohérence philosophique</i> .....	91
Considérations éthiques.....	92
<i>Consentement</i> .....	93
<i>Vie privée et confidentialité des participants</i> .....	94
<b>CHAPITRE 4 RÉSULTATS</b> .....	<b>96</b>
Description générale de la culture de milieu hospitalier de soins aigus.....	97
<i>Programme d'accueil et d'orientation</i> .....	97
<i>Environnement physique</i> .....	102
<i>Organisation sociale et professionnelle</i> .....	104

Portrait des participantes .....	109
<i>Caractéristiques des IND (groupe 1)</i> .....	110
<i>Portrait de chaque IND</i> .....	110
<i>Caractéristiques des infirmières préceptrices (groupe 2)</i> .....	115
<i>Portrait général des infirmières préceptrices</i> .....	115
<i>Caractéristiques des CSI (groupe 3)</i> .....	117
<i>Portrait général des CSI</i> .....	117
<i>Caractéristiques des autres professionnelles (groupe 4)</i> .....	119
<i>Portrait général des autres professionnelles</i> .....	119
Compétences déployées par des IND .....	122
<i>Mes débuts professionnels : M'approprier mon rôle et développer ma pratique</i> .....	122
<i>Ma collaboration professionnelle : Faire partie d'une équipe, travailler en dyade, être en relation avec mes patients et leur famille</i> .....	135
<i>Ma pratique scientifique : Faire ma démarche de soins et utiliser des sources scientifiques</i> .....	150
Facteurs liés au déploiement de compétences .....	158
<i>Facteurs organisationnels : Les aider à déployer leurs compétences et conserver leurs acquis</i> .....	158
<i>Facteurs individuels : Chacun à un rôle à jouer dans leur intégration</i> .....	175
<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION</b> .....	<b>185</b>
Discussion des principaux résultats .....	186
<i>Question #1 : Les compétences déployées par les IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus</i> .....	187
<i>Question #2 : Le déploiement des compétences dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus</i> .....	195
<i>Question #3 : Les facteurs influençant le déploiement des compétences des IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus</i> .....	208
Contribution théorique .....	216
Considérations méthodologiques .....	218
<i>Pertinence du devis</i> .....	219
<i>Milieu et échantillonnage</i> .....	219
<i>Collecte de données</i> .....	220
Limites .....	221



Retombées pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier .....	224
<i>Recherche</i> .....	224
<i>Formation initiale et continue</i> .....	225
<i>Pratique clinique</i> .....	228
<i>Gestion et administration</i> .....	230
<i>Politique</i> .....	232
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>235</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>238</b>
<b>APPENDICES</b> .....	<b>xv</b>
Appendice A : Comparaison de référentiels de compétences de programmes en sciences infirmières .....	xvi
Appendice B : Modèle de novice à expert du développement de l'expertise, selon Benner (1982, 1984) .....	xvii
Appendice C : Approbation éthique du protocole original .....	xviii
Appendice D : Lettre de recrutement pour les IND .....	xx
Appendice E : Lettre de recrutement pour les infirmiers précepteurs.....	xxii
Appendice F : Affiches de recrutement.....	xxiv
Appendice G : Extrait du référentiel de compétences et niveau attendu en fin de troisième année (FSI-UdeM, 2010b).....	xxvi
Appendice H : Questionnaire sociodémographique .....	xxviii
Appendice I : Guide d'observation du milieu clinique .....	xxx
Appendice J : Guide d'entrevue individuelle semi-structurée pour les IND .....	xxxi
Appendice K : Guide d'entrevue individuelle semi-structurée pour les infirmiers précepteurs et les autres professionnels .....	xxxiii
Appendice L : Guide d'entretien de groupe de discussion pour les CSI.....	xxxv
Appendice M : Approbation éthique de l'amendement 1 du protocole .....	xxxvii
Appendice N : Formulaire de consentement (version originale) .....	xxxviii
Appendice O : Formulaire de consentement (version de l'amendement 1).....	xl

## Liste des tableaux

Tableau 1. Connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles .....	15
Tableau 2. Caractéristiques d'une compétence, tiré de Tardif (2006).....	19
Tableau 3. Compétences décrites au référentiel du programme de la FSI-UdeM (2010b, p. 11-12) .....	29
Tableau 4. Critères de sélection des participants pour les quatre sous-groupes .....	65
Tableau 5. Nombre de participants à l'étude selon les sous-groupes .....	66
Tableau 6. Degré d'observation participante (adapté de Spradley, 1980).....	71
Tableau 7. Documents de l'établissement de santé .....	79
Tableau 8. Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude .....	121
Tableau 9. Tableau synthèse du thème « Mes débuts professionnels ».....	135
Tableau 10. Tableau synthèse du thème « Ma collaboration professionnelle » .....	149
Tableau 11. Tableau synthèse du thème « Ma pratique scientifique ».....	157
Tableau 12. Tableau synthèse des facteurs organisationnels influençant la pratique des IND .....	174
Tableau 13. Tableau synthèse des facteurs individuels influençant la pratique des IND.....	184
Tableau 14. Compétences déployées par les IND, selon les résultats de l'étude .....	188
Tableau 15. Éléments de compétences peu déployés par les IND.....	192
Tableau 16. Compétences et éléments de compétence du thème « Mes débuts professionnels » .....	197
Tableau 17. Compétences et éléments de compétence du thème « Ma collaboration professionnelle » .....	202
Tableau 18. Compétences et éléments de compétence du thème « Ma pratique scientifique » .....	206

## Liste des figures

Figure 1. Modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière .....	49
Figure 2. Exemple de codage descriptif provenant de l'entrevue de l'IND-1 .....	82
Figure 3. Premier regroupement des codes autour des compétences.....	83
Figure 4. Exemple de matrice de codage thématique .....	85
Figure 5. Second regroupement des codes autour des facteurs influençant .....	86
Figure 6. Modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière .....	217

## Liste des abréviations

ACÉSI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
APC	Approche par compétences
APP	Apprentissage par problèmes
APSIC	Apprentissage par situation infirmière clinique
BEEPE	Bureau d'évaluation de l'enseignement des programmes d'études
CEPI	Candidature à l'exercice de la profession infirmière
CIFI	Centre d'innovation en formation infirmière
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
COPA	Competency Outcome Performance Assessment
CSI	Conseiller en soins infirmiers
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction des services professionnels
FSI-UdeM	Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal
ICU	Infirmier-chef d'unité
IND	Infirmier nouvellement diplômé
IOM	Institute of Medicine
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MCA	Modèle cognitif de l'apprentissage
MEA	Méthode d'enseignement/apprentissage
MINS	Metacognitive Inventory for Nursing Students
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NCS	Nurse Competence Scale
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
QSEN	Quality and safety education for nurses
SECC	Self-Evaluated Core Competencies
UdeM	Université de Montréal

*Apprendre sans réfléchir est vain.  
Réfléchir sans apprendre est dangereux.*

Confucius (551-479 av. J.-C.)

## Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes directrices de thèse, Johanne Goudreau et Anne Bourbonnais, qui m'ont apporté un soutien considérable. Johanne, merci de m'avoir accompagné à travers ces six dernières années, d'avoir cru en moi, de m'avoir poussé à me dépasser. Anne, tes commentaires plus que pertinents ont alimenté mes réflexions et m'ont permis d'aller plus loin. Merci également au CIFI et aux professeurs du 7<sup>e</sup> étage; vous avez été une source d'inspiration et de réflexions constantes, parfois sans le savoir.

À Laurence, je ne saurais te dire assez merci. Tu as été une confidente, une amie. Tu m'as aidé à avancer alors que j'étais bloqué. Tu as été la voix de la raison quand j'en avais besoin. Nous avons tellement partagé d'aventures (sur trois continents!) que je ne pourrais t'exprimer ici à quel point je suis reconnaissant. Merci mille fois.

À mes collègues de doctorat, Sébastien, Stéphanie, Patrick, Dimitri et Fiona, merci et bonne suite. Ce fut un plaisir de partager un bout du parcours avec vous et j'espère que nos chemins se recroiseront, que ce soit au Québec, en France ou ailleurs.

Aux gens du *bunker*, Laurence, Karine, Dimitri, Sophia, Sophie, Andrée-Anne, Jolianne et Émilie, merci pour tout. Le 7100, ce n'est pas seulement un local, c'est un refuge pour tous, pour venir travailler, partager, rire, pleurer. Sans vous, cette aventure n'aurait pas été la même.

À mes collègues de l'AÉCSFSIUM, merci. Nos réunions le matin, le midi ou le soir, parfois trop longues à mon goût (!), parfois source de débats, mais toujours dans le but d'améliorer les programmes de cycles supérieurs et de soutenir les étudiants. Ce fut un plaisir de partager ces moments avec vous et je suis fier d'avoir été votre Trésor pendant toutes ces années.

À mes collègues côtoyés à la FSI, chargés de cours, RFP/CFLE, coordonnatrices de stage, tutrices d'APSIC et de laboratoire, responsables de programmes, personnel administratif, merci. Vous êtes trop nombreux pour que je vous nomme tous et toutes ici, mais vous ne pouvez

imaginer à quel point vous avez fait une différence dans mon parcours et m'avez aidé à devenir qui je suis aujourd'hui.

Aux étudiants du baccalauréat à qui j'ai enseigné à un moment ou à un autre au fil de ces années, merci. Sans le savoir, vous m'avez permis de passer au travers cette aventure, l'enseignement ayant été une échappatoire pour moi. Enseigner est une de mes passions, tout comme le sont les soins infirmiers. J'espère avoir réussi à vous transmettre un peu de cet amour que j'ai pour notre discipline professionnelle et que je vous aurai appris à toujours vous poser des questions, même si ces questions peuvent parfois bousculer les façons de faire.

Je dois mentionner tout le soutien financier reçu pendant mes études doctorales et sans quoi tout ceci n'aurait pas été possible. Merci aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), au Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et du Sport, à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, à la Faculté des sciences infirmières et à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, à l'équipe FUTUR (FRQ-SC) et à l'Association des étudiants aux cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Finalement, un merci spécial à ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu à travers cette aventure. Vous étiez présents dans les bons moments comme dans les moins bons, vous m'avez aidé à me changer les idées même si parfois vous ne compreniez pas tout ce que je vous racontais quand vous me demandiez « comment avançaient mes études ». Merci pour tout. Une dernière mention pour Alex : c'est fait, ma thèse est officiellement déposée!

**CHAPITRE 1**  
**PROBLÉMATIQUE**



Depuis plusieurs années, de nombreux programmes de formation en sciences de la santé ont été révisés afin de mieux préparer les nouveaux diplômés à la réalité des systèmes de santé et aux défis de l'avenir : complexité croissante des soins, diminution de la durée des séjours et croissance des technologies de pointe (Benner, Sutphen, Leonard, et Day, 2010; Benner, Tanner, et Chesla, 2009; Goudreau et al., 2009; Pepin, Legault, et Goudreau, 2008). Ce changement dans l'éducation des professionnels de la santé avait été promu dans deux rapports éloquentes : celui de l'Institute of Medicine (IOM, 2003) et celui de la Commission sur l'éducation des professionnels de la santé du XXI<sup>e</sup> siècle (Frenk et al., 2010). L'IOM concluait que des lacunes majeures dans la qualité des soins étaient tributaires de la formation inadéquate des professionnels de la santé, alors que l'analyse de Frenk et al. (2010) démontrait que la formation de ces professionnels ne leur permettait pas de répondre aux besoins de la population et de travailler de façon efficace dans des systèmes de santé en changement. Tous deux concluaient qu'il était nécessaire de procéder à une refonte des programmes de formation en utilisant une approche pédagogique basée sur le développement de compétences professionnelles globales.

L'approche par compétences (APC), telle que promue dans ces rapports, oblige à considérer l'apprentissage comme un processus actif et contextualisé, afin de préparer les étudiants à agir en situation réelle. L'enseignant développe des activités basées sur des méthodes d'enseignement et d'apprentissage (MEA) actives qui placeront l'étudiant au cœur de son apprentissage (Goudreau et al., 2009), grâce à des situations authentiques et significatives, stimulant sa motivation (Lasnier, 2000). L'objectif est que l'étudiant soit préparé aux défis et aux situations qu'il rencontrera après sa diplomation. Cette contextualisation favorise un ancrage solide des connaissances, aussi appelées ressources, dont la mobilisation et la

combinaison visent le développement progressif de compétences, définies comme des savoirs-agir complexes et contextualisés (Tardif, 2006). Le développement de certaines compétences centrales identifiées par Frenk et al. (2010) devaient permettre de former des professionnels de la santé capables de travailler dans un système de santé en interprofessionnalisme, déployant une pensée critique et une conduite éthique. En sciences infirmières, ces nouveaux programmes en APC visaient à soutenir les infirmiers dans le développement de compétences professionnelles leur permettant de composer avec des situations de santé d'une complexité croissante (Benner et al., 2010; Benner et al., 2009; Goudreau et al., 2009; Pepin et al., 2008).

Après avoir été engagés dans les milieux cliniques, les infirmiers nouvellement diplômés (IND) de ces programmes en APC devraient pouvoir déployer les compétences développées pendant leur formation initiale. Toutefois, il existe encore peu d'études ayant décrit le déploiement de compétences de ces IND. Ce manque d'évidences ne permet pas de conclure si cette transformation majeure en pédagogie des sciences de la santé a eu les effets escomptés et si les compétences déployées par ces nouveaux professionnels ont permis de pallier les lacunes soulevées par l'IOM (2003).

À la lumière d'une recension des écrits, deux programmes de formation en sciences infirmières basés sur une APC ont été identifiés, soit le programme de baccalauréat de l'Université de Montréal (Goudreau et al., 2009; Pepin et al., 2008) et le *Competency Outcomes Performance Assessment* (COPA), un programme-modèle développé aux États-Unis et implanté dans plusieurs facultés et écoles de sciences infirmières américaines (Lenburg, Abdur-Rahman, Spencer, Boyer, et Klein, 2011; Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer, et Boyer, 2009). Depuis son implantation en 2004, le programme de la Faculté des sciences infirmières de

l'Université de Montréal (FSI-UdeM) a été évalué dans le cadre de mécanismes facultaires (processus d'auto-évaluation des étudiants et des professeurs), universitaires (évaluation de programme du Bureau d'évaluation de l'enseignement des programmes d'études [BEEPE]) et d'accréditation canadienne (Association canadienne des écoles en sciences infirmières [ACESI]). Ces évaluations visaient principalement à étudier les structures et les processus mis en place par la Faculté dans un but d'amélioration (dans le cas du BEEPE) ou d'agrément (dans le cas de l'ACESI). Toutefois, aucune étude empirique sur les compétences déployées par des IND de ce programme n'a été effectuée à ce jour.

Dans le cas des programmes basés sur le modèle COPA, Klein et Fowles (2009) ont étudié la perception de 391 étudiants de dernière année en sciences infirmières quant à leur préparation à la pratique professionnelle. Ces étudiants provenaient de différents programmes classés en deux groupes, soit ceux basés sur le modèle COPA et ceux ne l'étant pas. Les résultats de cette étude ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux de compétences des étudiants des deux groupes pour les six compétences questionnées, soit le leadership, les soins critiques, la collaboration et l'enseignement, l'évaluation clinique et la planification des soins, la communication et les relations interpersonnelles, et le développement professionnel. De plus, il semble qu'aucune étude n'ait été faite lorsque des IND de programmes basés sur le modèle COPA ont commencé leur pratique professionnelle.

Plusieurs programmes de formation, bien que n'étant pas conceptuellement basés sur une APC, utilisent des MEA actives, telles que l'apprentissage par problèmes (APP), le laboratoire pratique, la simulation clinique haute-fidélité, le stage clinique et l'activité de pratique réflexive. Plusieurs études et revues systématiques ont exploré les retombées de

certaines MEA chez les étudiants, utilisant surtout des questionnaires d'autoperception de compétences (Applin, Williams, Day, et Buro, 2011; Koh, Khoo, Wong, et Koh, 2008; Tiwari, Chan, et al., 2006; Tiwari, Lai, So, et Yuen, 2006; Williams, 2000; Williams et Beattie, 2008; Worrell et Profetto-McGrath, 2007; Yuan, Williams, et Fan, 2008). Les auteurs concluent qu'il manque encore d'évidence sur l'efficacité de ces MEA pour le développement des compétences des étudiants de ces programmes.

La majorité des évaluations des retombées de l'APC ou de MEA prennent très peu en compte le contexte dans lequel les infirmiers déploient leurs compétences. Ceci n'est pas cohérent avec l'utilisation récente du concept de compétence en formation infirmière. Une analyse du concept de compétence effectuée par Charette, Goudreau, et Alderson en 2014 révèle que la majorité des auteurs en formation infirmière caractérisent les compétences comme ancrées dans le contexte d'une situation professionnelle, corroborant les conclusions de Morcke, Dornan et Eika (2013). Blanchet-Garneau, Lavoie, et Grondin (2017) abondent également dans ce sens, précisant que le contexte dans lequel un professionnel est amené à pratiquer influencera inévitablement le déploiement de ses compétences.

Au Québec, ce contexte de début de pratique professionnelle est, pour deux IND sur trois, un établissement de santé prodiguant des soins aigus (Marleau, 2016). Par les politiques et normes mises en place ainsi que les valeurs adoptées, ces établissements font la promotion d'une culture organisationnelle (Contandriopoulos, 2008). Les unités de soins aigus s'inscrivent dans cette culture qui, bien que partagée par l'ensemble des employés de l'organisation, peut s'exprimer différemment selon les unités de soins. Différents éléments propres à cette culture influencent non seulement les valeurs véhiculées par les membres du personnel, mais également

leurs comportements. Cependant, des auteurs soutiennent que la culture présente sur les unités de soins aigus peut être oppressante pour les IND (Duchscher et Myrick, 2008; Kelly et Ahern, 2009), les « expos[ant] à des comportements normatifs dominants qui ont été décrits comme prescriptifs, intellectuellement oppressifs et cognitivement restrictifs » [traduction libre] (Duchscher, 2009, p. 1104). Une étude sur le déploiement de compétences des IND d'un programme basé sur l'APC prenant en compte cette culture permettrait d'en explorer son influence sur ces nouveaux professionnels.

Bien que de nombreux efforts soient mis en place dans les établissements de santé afin de soutenir les IND et de faciliter leur intégration dans la culture organisationnelle, ces derniers éprouvent un choc de transition entre le milieu de formation et le milieu clinique (Duchscher, 2009; Duchscher et Cowin, 2006). Afin de pallier ce choc, plusieurs établissements de santé ont mis au point des programmes d'accueil spécifiques pour les IND. La qualité des soins infirmiers et le déploiement de compétences étant sous la responsabilité de la Direction des soins infirmiers (DSI; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004), une équipe est responsable de l'élaboration et du suivi de ces programmes. Cette équipe est généralement composée de conseillers-cadres<sup>1</sup>, de conseillers en soins infirmiers (CSI)<sup>2</sup> et d'infirmiers précepteurs<sup>3</sup>. Combinant habituellement des ateliers de formation théorique et pratique, les IND sont rapidement intégrés aux unités de soins, encadrés par un infirmier précepteur de l'unité (Centre

---

<sup>1</sup> Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ; 2018a), le conseiller-cadre a un « rôle d'expert clinique et d'agent de changement [...] Ses fonctions l'amènent à planifier, à concevoir et à mettre en œuvre de nouvelles approches, des programmes de soins et d'enseignement ainsi que des outils cliniques fondés sur des résultats probants. »

<sup>2</sup> Selon l'OIIQ (2018b), le rôle d'un CSI est de « prodiguer des soins aux patients, [...] concevoir, diffuser, évaluer et réviser des programmes d'orientation, de formation et de mise à jour des connaissances du personnel. »

<sup>3</sup> Selon le Comité jeunesse de l'OIIQ (2018, p. 2), un infirmier précepteur est « un infirmier d'expérience qui est en relation professionnelle officielle pour une durée préétablie avec une infirmière ou un infirmier novice. »

hospitalier de l'Université de Montréal, 2015, s. d.). Ces infirmiers précepteurs sont parmi les intervenants les mieux placés pour témoigner du niveau de déploiement des compétences, puisqu'une de leurs responsabilités est l'évaluation des IND sous leur supervision (FSI-UdeM, 2010a; Kantar, 2012).

Afin d'étudier le déploiement de compétences professionnelles d'IND, il importe d'examiner le contexte du milieu hospitalier de soins aigus dans lequel ils évoluent, tout en considérant les fondements et visées du programme de formation duquel ils sont diplômés. Une intégration de deux approches, soit l'APC (Tardif, 2006) et le développement de l'expertise professionnelle (Benner, 1982, 1984) permet de mieux cerner ces éléments. Un cadre de référence intégrateur de ces deux approches a été construit pour cette étude et sera présenté dans le prochain chapitre. L'utilisation d'un tel cadre apparaît pertinente pour étudier et approfondir la compréhension du phénomène, en apportant un éclairage nouveau sur le phénomène du développement et du déploiement de compétences infirmières.

En somme, encore peu de connaissances empiriques sont disponibles pour nous renseigner sur les retombées des programmes réformés sur l'APC, en termes de compétences déployées par les IND. Or, la réforme de programmes en sciences infirmières représente une des réponses amenées par certaines maisons d'enseignement aux recommandations d'organismes nationaux et internationaux pour améliorer la qualité des soins. Des responsables de programmes de formation continuent d'implanter cette approche. Toutefois, ces programmes innovateurs exigent d'importants efforts d'adaptation de la part des étudiants et des enseignants à une approche pédagogique très différente, sans compter la mobilisation d'importantes ressources humaines et financières (Goudreau et al., 2009). Il importe donc de fournir aux

responsables de programmes de formation en sciences infirmières des connaissances issues de la recherche leur permettant de poursuivre le développement et l'amélioration des programmes de formation.

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

Le but de ce projet de recherche doctoral est, d'une part, de décrire le déploiement des compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une FSI québécoise, tel que perçu par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et, d'autre part, de discuter de l'influence de cette culture sur le déploiement de compétences des IND.

Afin d'atteindre le but de l'étude, les questions suivantes ont été élaborées :

1. Quelles compétences les IND déploient-ils dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus?
2. Comment se déploient les compétences des IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus?
3. Quels facteurs facilitent ou limitent le déploiement des compétences des IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus?

**CHAPITRE 2**  
**RECENSION DES ÉCRITS**



Cette section présente l'état des connaissances en lien avec cette étude doctorale. Il sera d'abord question de l'APC, soit d'un historique des réformes ayant mené à l'APC de seconde génération, ses bases théoriques, la définition et les caractéristiques d'une compétence, la description de programmes en sciences infirmières basés sur une APC et leurs retombées, pour terminer cette section par les retombées de la principale MEA utilisée en APC, l'APP. Le second thème exploré dans ce chapitre sera les compétences d'IND. Par la suite, les notions de culture et de milieu de soins aigus seront expliquées. Finalement, le cadre de référence de cette étude sera décrit en expliquant ses bases théoriques et sa signification.

### **Approche par compétences (APC)**

#### **Historique et bases théoriques de l'APC**

En 2003, à la suite d'un sommet américain sur l'éducation des professionnels de la santé, l'IOM a identifié des lacunes majeures dans la qualité des soins de santé, notamment un manque de collaboration et de communication entre les professionnels des diverses disciplines, un manque de continuité de soins, une perception de manque d'écoute et de respect des décisions des patients, une utilisation inadéquate de la technologie grandissante et une gestion des ressources financières inefficace des systèmes de santé. L'IOM (2003) expliquait ces lacunes principalement par deux éléments, soit une formation initiale inadéquate des professionnels de la santé en regard des défis actuels et futurs des systèmes de santé et le soutien insuffisant de ces systèmes quant à la formation continue et la poursuite du développement de compétences professionnelles. Pour pallier ces lacunes, la recommandation principale était de procéder à une réforme des programmes de formation en utilisant une approche pédagogique basée sur le

développement de compétences.

Quelques années plus tard, la Commission sur l'éducation des professionnels de la santé du XXI<sup>e</sup> siècle, une commission internationale indépendante regroupant des experts de plus de 20 pays, a également publié ses recommandations dans la revue *The Lancet* (Frenk et al., 2010). À l'instar de l'IOM, la principale conclusion était que les institutions d'enseignement avaient la responsabilité de réformer leurs programmes de formation initiale en adoptant des approches basées sur le développement de compétences professionnelles. Ces nouveaux programmes devaient permettre, selon les auteurs, de former des professionnels capables de travailler dans un système global de santé en interdisciplinarité, déployant une pensée critique ainsi qu'une conduite éthique, ce qui aurait le potentiel de rehausser le niveau de qualité des soins offerts à la population (Frenk et al., 2010).

La réforme recommandée par l'IOM (2003) et par la Commission sur l'éducation des professionnels de la santé du XXI<sup>e</sup> (Frenk et al., 2010) demande un changement dans l'organisation des systèmes d'éducation et de santé, afin de favoriser une interdépendance et une collaboration entre les professionnels de la santé. Il n'est plus suffisant de former des cliniciens experts; il faut former des agents de changement qui seront capables d'agir ensemble dans un système de santé basé sur les besoins de la population (Frenk et al., 2010). Cette réforme nécessite donc que les apprenants deviennent des professionnels possédant des capacités d'analyse réflexive, de pensée critique et de prise de décisions éthiques. Selon Frenk et al. (2010), ceci pourrait être réalisé par l'utilisation de programmes de formation basés sur des référentiels de compétences construits autour de compétences communes aux différents professionnels de la santé, mais adaptées au contexte spécifique de chaque discipline. Cette

transformation majeure n'est pas la première qui touche les programmes de sciences de la santé. Elle représente plutôt la troisième grande réforme depuis les 100 dernières années dans l'évolution de la formation des professionnels de la santé (Frenk et al., 2010), dont celle des infirmiers. Les prochaines sections décriront ces trois réformes.

### *Une première réforme : une formation scientifique*

La première grande réforme a suivi la publication des rapports Flexner (1910) pour la formation en médecine, et Goldmark (1923) et Weir (1932) pour celle des infirmiers. Ces rapports ont mené à la création de programmes de formation basés sur l'apprentissage de connaissances générées par les sciences biomédicales. Bien avant ces rapports, Florence Nightingale avait mis en place la première école infirmière indépendante des hôpitaux au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Première infirmière chercheuse, Nightingale croyait fermement en la formation scientifique des infirmiers, jugée essentielle dans les rapports Goldmark et Weir.

Les recommandations qui ont découlé du rapport Goldmark concernaient l'uniformisation de la formation dans les écoles infirmières dans les hôpitaux et la poursuite de la formation de ces infirmiers à l'université pour les cours touchant la santé publique, l'administration et la formation (Goldmark, 1923). Cette réforme devait permettre, selon les auteurs, de former des infirmiers plus compétents. Le rapport Weir (1932) ajoutait que les connaissances enseignées aux infirmiers devaient être adaptées à leur contexte professionnel et qu'il fallait considérer les soins infirmiers comme une profession en devenir, plutôt que sous l'hégémonie de la médecine.

### *Une seconde réforme : les débuts de l'APC*

À partir des années 1950, une idée prend de l'ampleur dans les milieux de l'enseignement : la transmission de savoirs par des experts n'est plus suffisante pour former des professionnels compétents (Guillemette et Gauthier, 2008). Cette réflexion a mené à une seconde réforme majeure, dans laquelle l'utilisation adéquate des savoirs devenait aussi, sinon plus, importante que l'acquisition du savoir même. Les apprentissages n'étaient plus que cognitifs, mais étaient définis également en termes affectifs et psychomoteurs; le terme compétence a pris alors une connotation de performance (Guillemette et Gauthier, 2008). L'objectif derrière cette réforme était clair : se distancer des approches dites traditionnelles en misant sur des comportements précis, visibles, manifestes. On considérait alors que pour former des professionnels compétents, il fallait que les programmes de formation soient centrés sur les tâches que ces professionnels accompliraient dans le cadre de leur emploi.

Cette seconde réforme a mené aux premières ébauches de programmes dits par compétences; cette forme d'APC est appelée de première génération par certains auteurs (Goudreau et al., 2009; Guillemette et Gauthier, 2008). Plus spécifiquement, cette réforme a permis l'introduction de MEA actives comme l'APP dans certains programmes de formation de professionnels de la santé, comme en médecine par exemple (Frenk et al., 2010). Ces nouvelles stratégies témoignaient du passage du paradigme de l'enseignement vers le paradigme de l'apprentissage, soit d'une pédagogie passive centrée sur la transmission des savoirs de l'enseignant aux étudiants vers une approche active où l'étudiant est le principal acteur de ses apprentissages (Lasnier, 2000). Ces nouveaux programmes étaient davantage axés sur la performance en situation et sur des comportements observables (Guillemette et Gauthier, 2008).

Afin de guider ces programmes, des référentiels de compétences ont été élaborés, généralement par une analyse behavioriste du travail du professionnel, axé sur l'accomplissement de tâches en situation simple ou complexe. Ceci a donné lieu à des référentiels comprenant des centaines, voire des milliers de compétences dans certains cas (Ishler, 1974).

Certains ont critiqué cette APC de première génération, qui semblait prioriser la performance en contexte sur les processus internes cognitifs liés à l'action du professionnel. Cet accent sur des comportements précis lui a valu certaines critiques et certains auteurs la considèrent comme une APC behavioriste (Guillemette et Gauthier, 2008). En réaction à cette première génération, des réflexions ont mené vers une APC de deuxième génération prenant appui sur la psychologie cognitive et le constructivisme (Goudreau et al., 2009; Guillemette et Gauthier, 2008).

### ***Une troisième réforme : L'APC de deuxième génération et l'interprofessionnalisme***

La première génération de l'APC a permis de mettre en lumière l'importance de l'action et de la performance dans les comportements des professionnels (Guillemette et Gauthier, 2008). L'APC de deuxième génération invite à considérer la compétence comme l'intégration de l'action et des processus cognitifs qui la sous-tendent, à travers la complexité singulière des situations vécues par le professionnel. Elle découle de trois fondements pédagogiques ou courants théoriques principaux : le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme (Lasnier, 2000). Le cognitivisme, courant issu de la psychologie moderne, « est d'abord le résultat des préoccupations relatives à la façon dont la personne acquiert et utilise les connaissances et les savoir-faire » (Lasnier, 2000, p. 11). Ce courant renvoie également à la

façon dont une personne emmagasine l'information et la traite, donc à la façon dont la mémoire fonctionne, en faisant transiger l'information par la mémoire à court terme, aussi appelée mémoire de travail, et en échangeant les informations entre celle-ci et la mémoire à long terme. Les différents types de connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles; voir Tableau 1) que les étudiants s'approprient sont la base sur laquelle leurs compétences se développent (Boulet, Savoie-Zajc, et Chevrier, 1996; Goudreau et al., 2009).

Tableau 1

*Connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles*

<b>Types de connaissances</b>	<b>Définition</b>
Connaissance déclarative	Connaissance théorique concernant des faits, des lois, techniques; parfois synonymes de « savoir »
Connaissance procédurale	Connaissance pratique, habileté à exécuter une procédure selon des étapes; parfois synonymes de « savoir-faire »
Connaissance conditionnelle	Connaissance stratégique, habileté à comprendre quand et comment utiliser les autres types de connaissances

Le constructivisme, second courant à la base de l'APC de deuxième génération, concerne l'intégration de nouvelles connaissances qui se fait à partir des connaissances antérieures, par la construction de schèmes cognitifs complexes (Chenu, 2013; Lasnier, 2000; Rogalski, 2004).

C'est sur ce principe que l'enseignant soutient les étudiants afin qu'ils fassent des liens entre ce qui est déjà connu et ce qui doit être appris. Par l'intégration de nouvelles connaissances, l'étudiant enrichit ses schèmes cognitifs (Pastré, 1999). Un schème est composé d'un noyau théorique rigide de connaissances déclaratives, considéré comme invariant, auquel s'ajoute une coquille flexible et variante, ce qui donne à l'apprenant un répertoire d'actions de plus en plus grand (Pastré, 2001; Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006) et la transférabilité de ses apprentissages dans diverses situations (Pastré, 1999).

De nombreux auteurs ont promu cette approche, dont Ausubel, Novak, et Hanesian (1978, p. 18), qui disaient : « si je devais réduire la psychologie de l'éducation à un seul principe, je dirais ceci : le facteur le plus important influençant l'apprentissage est ce que l'apprenant sait déjà. Prenez note de ceci et enseignez-lui en conséquence » [traduction libre]. Selon le principe du constructivisme, il faut également donner le droit à l'erreur à l'étudiant, l'encourager dans son autonomie et susciter le questionnement (Lasnier, 2000).

Le troisième courant important dans une APC de deuxième génération est le socioconstructivisme. Issu du constructivisme, ce courant est basé sur l'interrelation entre les individus, permettant de les aider à développer leurs connaissances et leurs perceptions du monde en étant confrontés aux idées et perceptions des autres. Les relations sociales contribuent de façon importante à la construction des savoirs (Lasnier, 2000). Les enseignants et les autres étudiants ont donc un rôle primordial dans l'apprentissage d'une personne et l'enseignant doit tenter de varier les MEA et la formule de ces activités afin de favoriser les échanges entre les individus. Lasnier (2000) précise également qu'un processus d'intégration et d'appropriation des connaissances est nécessaire et doit se faire de façon individuelle, malgré l'importance de

l'aspect social de l'apprentissage.

Considérant ces trois courants fondamentaux, les étudiants de programmes basés sur l'APC de deuxième génération sont donc placés au cœur de leurs apprentissages grâce à différentes MEA actives. On tente de favoriser une compréhension, une intégration et un transfert des apprentissages dans de multiples situations complexes et variées, plutôt que de mémoriser une grande quantité de notions sans liens entre elles (Tardif, 1998). En sciences de la santé, l'intention de ces programmes réformés est de préparer les futurs professionnels à la réalité des systèmes de santé d'aujourd'hui (Frenk et al., 2010). Le développement de compétences communes, mais adaptées au contexte professionnel de chacun, permettrait une collaboration interprofessionnelle répondant aux besoins de la population.

### **Définitions et caractéristiques d'une compétence**

À travers la littérature en sciences de l'éducation, on retrouve une multitude de définitions du terme compétence qui peuvent être classées en trois grandes catégories : une vision comportementaliste/béhavioriste, générique ou holistique (Gonczi et Hager, 2010; McMullan et al., 2003). La définition comportementaliste (ou comportementale) fait référence aux habiletés techniques pouvant être démontrées et donc à de pures connaissances procédurales. Cette vision provient de l'industrialisation, moment où une personne pouvait être jugée compétente simplement à partir des actions qu'elle effectuait (Tardif, 2006). Elle est cohérente avec une APC de première génération et dans une optique d'évaluation d'une performance (Gonczi et Hager, 2010).

La vision générique, quant à elle, englobe une variété de savoirs (savoir, savoir-faire,



savoir-être) qu'une personne possède et qui lui permet d'être compétente, peu importe la situation ou le contexte dans lequel elle se trouve (Gonczi et Hager, 2010; McMullan et al., 2003). Cette vision n'est pas cohérente avec une APC, puisque décontextualisée. Finalement, la vision holistique s'apparente à la vision générique, à la différence que les compétences d'une personne sont intimement liées au contexte dans lequel elle évolue. Considérant cette définition holistique, on ne peut étudier les compétences qu'en tenant compte du contexte. Cette dernière définition est cohérente avec l'APC de deuxième génération.

Tardif (2006), auteur en sciences de l'éducation, propose une vision holistique du concept de compétence : il s'agit d'un « savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). Un savoir-agir complexe représente cette capacité d'action faisant appel à différents types de connaissances intégrés par la personne (représentées par le terme « ressources internes ») et à ce qui se trouve dans son environnement immédiat (les « ressources externes », qui peuvent être des objets ou des personnes). Pendant un programme de formation, les apprenants acquièrent une quantité importante de ressources et doivent les mobiliser et les combiner pour démontrer leur niveau d'atteinte du développement de compétences spécifiques. Ces niveaux d'atteinte peuvent être décrits dans un référentiel de compétences (Tardif, 2006).

En plus de donner une définition d'une compétence, Tardif (2006) présente cinq attributs, soit les caractères intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif (voir Tableau 2). Parmi ces éléments, deux retiennent l'attention plus particulièrement, soit les caractères développemental et contextuel, puisqu'ils sont en lien avec le but de la présente étude.

Tableau 2

*Caractéristiques d'une compétence, tiré de Tardif (2006)*

<b>Caractéristiques</b>	<b>Perspectives</b>
Un caractère intégrateur	Chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée.
Un caractère combinatoire	Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources.
Un caractère développemental	Chaque compétence se développe tout au long de la vie.
Un caractère contextuel	Chaque compétence est une mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action.
Un caractère évolutif	Chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise.

L'aspect développemental permet de considérer que le professionnel poursuit le développement de ses compétences pendant toute sa vie, atteignant des niveaux de plus en plus poussés, raffinés. L'atteinte d'un niveau élevé lui permet d'être reconnu comme un expert, en intégrant et combinant des ressources spécialisées (Tardif, 2006). Le développement des compétences se poursuit donc au-delà de la formation initiale durant la vie professionnelle. Les programmes de formation initiale visent essentiellement l'atteinte d'un certain niveau de compétences qui peut être certifié par un établissement d'enseignement ou un ordre

professionnel. Tardif préconise l'utilisation de ce qu'il appelle un modèle cognitif de l'apprentissage (MCA) afin de rendre compte de ces étapes de développement pour chacune des compétences d'un référentiel donné. Construit empiriquement (voir Goudreau, Boyer et Létourneau (2014) et Pepin, Dubois, Girard, Tardif et Ha (2011) pour des exemples de MCA en sciences infirmières), un MCA identifie les apprentissages critiques que les étudiants doivent effectuer afin de franchir les étapes de développement d'une compétence. Ces apprentissages critiques représentent un processus de réorganisation cognitive (Tardif, 2006). Bien qu'il soit possible d'identifier des étapes de développement, tous les étudiants ne les franchissent pas au même rythme et tous n'y parviennent pas de la même façon. Un MCA permet de structurer et guider les apprentissages, en plus d'orienter l'évaluation des compétences dans un programme en APC (Tardif, 2006).

Toujours selon Tardif (2006), l'aspect contextuel d'une compétence offre la perspective de l'influence du contexte sur la façon dont la personne utilisera et mobilisera ses différentes ressources. Une compétence s'oriente toujours vers un but précis, une mise en action, une finalité. Cette finalité s'articule à l'intérieur d'un contexte bien précis, que l'auteur nomme situation ou famille de situations.

Outre l'APC, une autre approche en sciences de l'éducation permet d'explorer la formation des professionnels : il s'agit de la didactique professionnelle (Pastré 2001, 2011). Bien que Pastré ne donne aucune définition précise de ce qu'est une compétence, il spécifie qu'il s'agit d'un concept complexe, car les situations de travail sont bien souvent dynamiques, changeantes, contextualisées et comportent de multiples dimensions (Pastré, 2011). Ces éléments corroborent les écrits de Tardif. Les compétences ne se réduisent pas au résultat final

de l'action et à la performance, mais incluent également tous les processus et mécanismes cognitifs que le professionnel emploie pour arriver à agir en situation (Pastré, 1997; Pastré et al., 2006). Ces processus sont similaires à ceux expliciter dans un MCA. Pastré (2001) explique que l'apprentissage est une adaptation à l'environnement et aux situations professionnelles. Il spécifie également que c'est dans et par l'action que le développement de compétences s'effectue.

D'autres auteurs sont également d'avis qu'une compétence est une entité complexe, holistique et intégratrice (Gonczi et Hager, 2010). À l'instar de Tardif (2006), ces auteurs conceptualisent le développement de compétences sur la vie entière d'une personne, à travers différents stades. Finalement, un dernier auteur, Eraut (1998), précise que la définition d'une compétence dépendra de son contexte. L'opérationnalisation du concept est différente dans la vie courante, dans un contexte politique/social et dans un contexte individuel. Toujours selon Eraut (1998), une compétence professionnelle sera vue différemment selon les acteurs : le professionnel cherchant à se développer et son employeur voulant l'évaluer auront deux visions différentes. L'auteur soutient également que ce développement de compétences professionnelles doit se faire par l'intégration de nouvelles connaissances, par la pratique et par l'apprentissage avec les pairs.

Les auteurs présentés jusqu'ici proviennent des sciences de l'éducation. Du côté des sciences infirmières, une analyse critique de la littérature sur le concept de compétence en formation infirmière a été effectuée (Charette, Goudreau et Alderson, 2014). Cette analyse a permis de constater qu'à l'instar des auteurs en sciences de l'éducation, la majorité des auteurs en sciences infirmières utilisent une définition holistique du concept de compétences, cohérente

avec l'APC de deuxième génération. Selon la méthode d'analyse de concept de Walker et Avent (Rodgers et Knafl, 2000), l'analyse de 41 articles récents en formation infirmière a permis d'identifier des antécédents, attributs et conséquences du concept de compétence. Les attributs permettent de redéfinir le concept : une compétence est une « mise en action d'habiletés systémiques, contextualisée et qui est en continuel développement » (Charette et al., 2014, p.37). Dans cette définition, les termes habiletés systémiques représentent une symbiose d'habiletés psychomotrices, cognitives et affectives, rappelant la notion de savoir-agir complexe de Tardif (2006). Les conséquences du concept sont ce qui peut survenir lorsque le concept est déployé; Charette et al. (2014) ont identifié que la protection du public, la satisfaction professionnelle et le dialogue entre praticiens sont des conséquences et surviennent lorsque les infirmiers pratiquent avec compétences.

À travers les écrits recensés dans cette analyse de concept, des auteurs abordaient également le concept d'évaluation de compétences (Garside et Nhemachena, 2013; Meretoja, Isoaho, et Leino-Kilpi, 2004; Meretoja et Koponen, 2012; Rischel, Larsen, et Jackson, 2008), en précisant que la compétence ne doit pas être uniquement vue en termes de performance technique (par exemple, l'évaluation de la rapidité d'exécution d'une tâche), mais bien en savoir-agir complexe et contextualisé.

Afin de répondre au but de la présente étude et de décrire les compétences d'IND d'un programme basé sur une APC, la définition provenant de l'analyse de concept effectuée par Charette et al. (2014) est celle retenue. Cette nouvelle définition provenant de la littérature en formation infirmière est cohérente avec l'APC de deuxième génération et permet de considérer l'apprentissage des étudiants en sciences infirmières comme central en formation infirmière,

tout comme le soin est central à la discipline infirmière (Pepin et al., 2017, p. 16) :

La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. [...] Le soin, au singulier, intègre et dépasse à la fois les procédés de soins; de nature humaine et relationnelle, il englobe les diverses activités d'accompagnement, de soutien, de facilitation lors de situations de santé ou de fin de vie. [...] Le caractère entier de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population, de même que l'interaction continue de chacune avec l'environnement interne [...] et externe [...] sont pris en compte afin de bien comprendre l'expérience de santé.

L'apprentissage et le développement de compétences dépassent les procédures techniques et englobent également le développement de la relation humaine avec les personnes soignées. Afin d'aider les étudiants dans ce développement de compétences, l'enseignant doit s'intéresser à l'expérience de l'étudiant ainsi qu'à la signification qu'il apporte à son apprentissage. La cohérence de la conception d'une compétence retenue pour ce projet avec le centre d'intérêt de la discipline permet de développer des connaissances disciplinaires pertinentes. La prochaine section exposera plus spécifiquement les programmes en sciences infirmières basés sur une APC ainsi que leurs retombées.

### **Programmes de sciences infirmières basés sur une APC et leurs retombées**

Malgré une littérature abondante sur les bases théoriques de l'APC, très peu d'études témoignent de la mise en place de tels programmes. Une recherche dans la base de données *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) entre 2003 et 2016 a permis d'identifier quelques programmes au Canada et aux États-Unis.

Aux États-Unis, le premier modèle de programme prenant appui sur une APC semble

être le *Competency Outcome Performance Assessment (COPA)*, développé par Lenburg dans les années 1990 (Lenburg, 1999; Lenburg et al., 2011; Lenburg et al., 2009). Ce modèle vise à donner une structure pour orienter les résultats (*outcomes*) d'un programme de formation en ce qui concerne les compétences et répondre ainsi aux besoins spécifiques de la pratique infirmière. Il comprend huit compétences (voir Appendice A) qui sont cohérentes avec les recommandations de l'IOM et avec les écrits d'auteurs en sciences de l'éducation sur l'APC de seconde génération (Gonczi, 1994, 1996; Gonczi et Hager, 2010; Tardif, 2006). Ce modèle a permis l'élaboration de plusieurs programmes de formation infirmière aux États-Unis (Lenburg et al., 2011; Lenburg et al., 2009).

Klein et Fowles (2009) ont voulu explorer la nature distincte du modèle COPA et déterminer s'il existait des similitudes et des différences entre les étudiants de dernière année des programmes COPA et non-COPA, grâce à une étude exploratoire comparative. Trois questionnaires ont été utilisés et ils présentent tous des qualités psychométriques satisfaisantes : le *6-D Scale* ( $\alpha = 0,787$  à  $0,908$ ), évaluant les perceptions des étudiants sur leur niveau de préparation pour la pratique professionnelle et deux questionnaires construits par les chercheurs évaluant l'approche pédagogique et les méthodes d'évaluation (un pour les étudiants [ $n = 391$ ] et un pour les professeurs [ $n = 101$ ]), présentant respectivement des coefficients  $\alpha$  de  $0,86$  et  $0,87$ , démontrant une bonne cohérence interne.

Les six indicateurs du *6-D Scale* sont le leadership, les soins critiques, la collaboration/enseignement, l'évaluation/planification, la communication et le développement professionnel. Bien que les résultats soient légèrement plus élevés dans toutes les catégories pour les étudiants provenant de programmes non-COPA, ceux-ci ne sont pas statistiquement

significatifs ( $p \geq 0,05$ ). Les résultats obtenus à l'aide des deux questionnaires construits par les auteurs semblent démontrer que les programmes COPA et les MEA actives ont une tendance positive sur les indicateurs du *6-D Scale* et permettent le développement des compétences des étudiants (Klein et Fowles, 2009). Cependant, considérant les résultats non significatifs, bien peu de conclusions peuvent être tirées de cette étude. La qualité de cette étude n'est pas remise en question; la méthode est appropriée et bien décrite tout comme les nombreuses analyses effectuées. Par contre, comme les participants provenaient de 13 universités différentes, il peut être raisonnable de penser que les programmes COPA dans ces universités ont été implantés et gérés de façon différente, ce qui peut influencer les résultats.

Plus récemment, Fan, Wang, Chao, Jane, et Hsu (2015) ont évalué les retombées d'un cours de médecine-chirurgie basé sur une APC, dans un programme taïwanais de baccalauréat en sciences infirmières. Utilisant un devis quasi expérimental, les auteurs ont recruté 312 étudiants, séparés en groupe témoin ( $n=149$ ) et groupe expérimental ( $n=163$ ). Trois éléments ont été utilisés afin de récolter les données : le questionnaire *Self-Evaluated Core Competencies* (SECC, évaluant des compétences centrales; excellente cohérence interne avec un coefficient  $\alpha$  de 0,94), le questionnaire *Metacognitive Inventory for Nursing Students* (MINS, mesurant les processus métacognitifs des étudiants en lien avec leurs apprentissages; bonne cohérence interne avec un  $\alpha = 0,80$ ), et les résultats académiques des étudiants dans le cours et dans le programme. Les questionnaires ont été distribués deux fois, soit au début et à la fin du cours. Les étudiants du groupe expérimental ont obtenu des scores significativement plus élevés que les étudiants du groupe témoin, sur le plan des résultats scolaires et du SECC. Les résultats du MINS sont moins francs : la différence entre les résultats post-test des deux groupes est non significative, mais la



différence entre les résultats pré-test et post-test est significative pour les étudiants du groupe expérimental. Cette étude possède quelques limites, dont l'utilisation de l'APC dans un seul cours (et non pas un programme entier) et une seule université, permettant une généralisation des résultats limitée. Comme pour plusieurs études sur les retombées des programmes en APC, il aurait été pertinent de mieux décrire les MEA utilisées dans le groupe expérimental afin de comprendre les bases théoriques et conceptuelles sur lesquelles reposent leur opérationnalisation de l'APC et l'élaboration de leurs MEA.

Forbes et Hickey (2009) ont effectué une recension de littérature entre 2000 et 2008, identifiant les réformes curriculaires dans les programmes de formation infirmière américains afin de procéder à une réforme au sein de leur propre faculté. Ces auteurs ne posent pas un regard spécifique sur les programmes en APC, mais concluent qu'il faut porter une attention particulière au contenu des programmes de formation ainsi qu'aux MEA utilisées, afin de se centrer sur les apprentissages des étudiants. Il aurait été souhaitable que les auteurs approfondissent davantage les bases théoriques de l'APC, puisqu'une partie de leur argumentaire repose sur cette réforme demandée par plusieurs organismes. À la suite de cette revue de littérature, un référentiel de compétences a été développé (voir Appendice A), incorporant les compétences de l'IOM (2003) et les recommandations de l'American Association of Colleges of Nursing (AACN; 2008). Un programme se basant sur ce référentiel a été mis en place en 2009 et prévoyait un processus d'évaluation de leur réforme, par le biais d'évaluations des étudiants et par les indicateurs obtenus sur les résultats aux examens nationaux (Hickey, Forbes, et Greenfield, 2010). Bien que ces évaluations permettent probablement d'améliorer le programme, elles ne pallient pas le manque de données empiriques concernant

les réformes curriculaires et leurs retombées sur le déploiement de compétences des IND.

Du côté canadien, un seul programme basé sur une APC de seconde génération a pu être identifié dans la littérature, soit le programme de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Goudreau et al., 2009). D'une durée de trois ans, ce programme a été mis en place en 2004. Suivant un parcours de 22 unités d'apprentissage (cours et stages), les étudiants sont appelés à développer leurs compétences grâce à différentes MEA, dont la principale est l'apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC), s'apparentant à l'APP. De 2004 à 2009, le programme utilisait un référentiel comprenant neuf compétences, déclinées en trois niveaux (fin de première année, deuxième année et troisième année; Goudreau et al., 2009). En 2010, le référentiel de compétences a été revu et le nombre de compétences a diminué à huit, toujours selon une logique de développement en trois niveaux, le dernier niveau représentant le profil de sortie des étudiants du programme, niveau qui leur permet de pratiquer de façon autonome dans les milieux cliniques.

Le référentiel de la FSI-UdeM (2010b) comprend plusieurs éléments jugés essentiels par Poumay et Georges (2017) : pour chaque compétence, une définition est indiquée, des situations professionnelles sont définies, des niveaux de développement sont précisés et des ressources sont identifiées. Le nombre restreint de compétences (huit dans le cas de la FSI-UdeM) est cohérent avec la notion de savoir-agir complexe et intégrateur (Poumay et Georges, 2017). Le référentiel de la FSI-UdeM (2010b) identifie également, pour chaque compétence et chaque niveau de développement, des capacités et des indicateurs. Les capacités sont des « éléments de compétences qui contribuent à définir la compétence » (FSI-UdeM, 2010b, p. 8), alors que les indicateurs sont des « éléments observables [qui] renseignent sur la progression ou la réalisation

des apprentissages » (p.8). Le Tableau 3 de la page suivante présente les huit compétences ainsi que leur définition.

Tableau 3

*Compétences décrites au référentiel du programme de la FSI-UdeM (2010b, p. 11-12)*

<b>Compétence</b>	<b>Définition</b>
Agir avec professionnalisme	Exercer sa profession dans le respect des normes professionnelles, du code de déontologie et des principes éthiques. Assurer son développement professionnel et contribuer au développement de la profession infirmière.
Exercer un jugement clinique infirmier	Appliquer une démarche de soins adaptée aux particularités des différentes situations cliniques et aux besoins des personnes et de leurs familles pour intervenir en conjuguant son action à celle des personnes, des familles et des autres membres de l'équipe interdisciplinaire.
Agir avec les personnes/familles/ communautés en vue de favoriser une population en santé	Intégrer, selon une approche populationnelle, la promotion de la santé et la prévention de la maladie ainsi que les stratégies qui y sont associées dans la pratique infirmière.
Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé	Coordonner les activités de suivi appropriées à l'évolution de la situation clinique des personnes et des familles dans une perspective de collaboration.
Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière	Exercer de l'influence dans la pratique professionnelle infirmière auprès des personnes/familles/ communautés, des pairs et dans l'organisation des soins et des services.
Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique	Analyser de façon scientifique toute situation infirmière et appuyer sa pratique sur des résultats probants et des écrits pertinents. Communiquer clairement l'information requise, oralement et par écrit.
Collaborer dans des équipes professionnelles	Contribuer à l'action concertée des équipes professionnelles, intra et interprofessionnelles, et intersectorielles, en collaboration avec la personne et sa famille de même qu'au développement professionnel de ses collègues et partenaires.
Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé	Imprégner sa pratique professionnelle auprès des personnes/familles/communautés de valeurs humanistes, telles que le respect, la dignité humaine, la liberté et la confiance dans le potentiel de croissance des personnes, de même que de créativité afin de s'engager à les aider en tenant compte de leurs préoccupations et de leurs ressources.

Le programme de la FSI-UdeM a fait l'objet d'un processus d'auto-évaluation continue constitué de groupes de discussion qui ont été tenus auprès des étudiants et des enseignants après chacun des cours, permettant de faire des ajustements rapidement pendant le déploiement de ce programme (Goudreau et al., 2009). Par ailleurs, deux évaluations externes ont été effectuées : un processus d'accréditation de l'ACÉSI en 2007 et une évaluation par le BEEPE de l'Université de Montréal en 2008. Bien que ces évaluations aient permis d'améliorer le programme, aucune étude empirique n'a été effectuée sur les retombées ni sur les compétences des IND de ce programme.

Outre les programmes mentionnés s'appuyant sur une APC, d'autres comités ont été mis sur pied afin de travailler sur l'adaptation des compétences recommandées par l'IOM (2003) aux soins infirmiers. C'est à partir de cette prémisse que le *Quality and Safety Education for Nurses* (QSEN) a été créé aux États-Unis (Cronenwett et al., 2007). Les membres de ce comité ont développé un référentiel de compétences (dont les compétences sont listées à l'Appendice A), incluant une définition de chaque compétence et des indicateurs concernant les savoirs, habiletés et attitudes à développer par les étudiants. Le travail fait par le QSEN permet aux responsables de programmes de formation en sciences infirmières voulant procéder à une réforme d'avoir une solide base s'inspirant des recommandations de l'IOM (2003).

Les programmes dont il a été question dans les paragraphes précédents s'appuient sur l'APC de différentes façons, notamment par l'utilisation d'un référentiel de compétences, de MEA et de modes d'évaluations authentiques divers. Après une analyse comparative de ces référentiels, on remarque que les compétences sont souvent similaires malgré des libellés différents (voir Appendice A). Ces compétences peuvent être regroupées sous six thèmes

principaux : la collaboration, l'humanisme, le jugement clinique, la pratique basée sur les résultats probants, la qualité des soins et l'utilisation des technologies de l'information.

### **Retombées d'une MEA : l'APP**

Comme discuté précédemment, très peu d'exemples de programmes basés sur l'APC ont été identifiés dans les écrits scientifiques, car ces programmes sont plutôt récents. L'APC est d'abord et avant tout une approche globale, une façon de concevoir l'enseignement et l'apprentissage, en mettant l'accent sur le rôle actif de l'apprenant par le biais de MEA actives. Beaucoup de programmes en APC s'appuient majoritairement sur l'APP. De plus, même s'ils ne sont pas basés sur l'APC, plusieurs programmes ont intégré l'APP dans leur curriculum. Cette MEA, provenant de la seconde réforme en éducation datant des années 1950, s'avère être une des plus connues et étudiées; on trouve de nombreuses études évaluatives et méta-analyses de cette MEA dans la littérature. Deux importantes méta-analyses phares sur l'APP seront présentées (Albanese et Mitchell, 1993; Vernon et Blake, 1993), pour arriver ensuite à celles plus récentes et spécifiques aux sciences infirmières.

Malgré leur publication il y a déjà 25 ans, l'étude d'Albanese et Mitchell (1993) et celle de Vernon et Blake (1993) sont encore aujourd'hui reconnues comme étant des méta-analyses importantes sur les retombées de l'APP dans les programmes de sciences de la santé, en particulier en médecine. Après avoir retracé plus d'une centaine d'écrits faisant état des retombées de programmes de médecine basés sur l'APP, Albanese et Mitchell (1993) établissaient certaines retombées positives de l'APP : les étudiants sont plus performants cliniquement, étudient en mettant l'accent sur la compréhension plutôt que sur la mémorisation

à court terme et se sentent mieux préparés en ce qui concerne les soins humanistes, le raisonnement clinique et la promotion de la santé. Cependant, les auteurs offrent peu de détails sur la méthode de sélection des écrits. De plus, tel qu'identifié par les auteurs, les études étaient encore à cette époque des études de petites tailles et considérant l'hétérogénéité des programmes d'APP, il devient difficile de tirer des conclusions rigoureuses de cette analyse.

Vernon et Blake (1993) ont expliqué avec plus de détails leur stratégie de recherche, incluant les bases de données recherchées, les questions de recherche ainsi que les critères de sélection des articles. Le but de leur méta-analyse ressemblait à celui d'Albanese et Mitchell (1993), se penchant sur les recherches évaluatives comparant les retombées de l'APP et des programmes traditionnels en sciences de la santé. Les retombées ont été organisées en quatre catégories, soit l'évaluation du programme (qui incluait les attitudes des étudiants ou des membres du corps professoral), la performance académique, les processus académiques (incluant le type d'apprentissage et l'utilisation des ressources) et la performance clinique (qui incluait des notions de raisonnement clinique et d'humanisme). Les résultats corroborent ceux obtenus par Albanese et Mitchell (1993), notant une supériorité de l'APP sur le plan de l'apprentissage des étudiants, de la qualité de leur raisonnement clinique et de leur curiosité intellectuelle. La principale limite de cette méta-analyse est la grande hétérogénéité des articles analysés pouvant affecter les résultats.

Albanese et Mitchell (1993) et Vernon et Blake (1993) concluaient en discutant de retombées positives des programmes en APP, tout en évoquant que les étudiants pouvaient obtenir des résultats académiques moindres aux évaluations de connaissances déclaratives que leurs confrères de programmes traditionnels. Ceci peut être attribué au fait que ces apprenants

utilisent des styles d'apprentissages différents, entre autres en mettant l'accent sur la compréhension plutôt que sur la mémorisation. Ces auteurs discutaient de l'importance d'avoir des méthodes d'évaluations cohérentes avec l'apprentissage.

Plusieurs chercheurs se sont penchés plus spécifiquement sur les retombées de l'APP sur le raisonnement clinique, sur lequel repose le jugement clinique. En sciences infirmières, notons deux revues de littérature, celles de Worrell et Profetto-McGrath (2007) et de Yuan et al. (2008). Ces deux recensions concluent que les évidences sont encore insuffisantes pour affirmer que l'APP permet d'améliorer le raisonnement clinique des étudiants. Plusieurs raisons permettent d'expliquer cette conclusion : la grande diversité des programmes basés sur l'APP, la façon de définir le raisonnement clinique et les outils pour le mesurer, ainsi que le manque d'essais randomisés (Worrell et Profetto-McGrath, 2007; Yuan et al., 2008). Ces deux études sont rigoureuses; les critères de sélection des écrits sont clairement mentionnés et ont permis de recenser l'ensemble de la littérature sur le sujet. Les écrits recensés par Yuan et al. (2008) ont tous été révisés par deux chercheurs indépendants, puis les résultats comparés, ce qui augmente la rigueur de cette revue systématique. Worrell et Profetto-McGrath (2007) ne décrivent pas de façon aussi systématique le processus d'évaluation des écrits recensés, ce qui constitue une limite de cette seconde revue de littérature.

Plus récemment et plus spécifiquement en sciences infirmières, Yuan et al. (2011) ont effectué une étude descriptive pour explorer le point de vue d'étudiants chinois sur l'APP et son efficacité. Utilisant un questionnaire validé (*Description of PBL Evaluation*;  $\alpha = 0,80$ ) et deux questions ouvertes auprès d'un échantillon de 51 étudiants, les auteurs ont conclu que l'APP permettait de stimuler les discussions de groupe et la collaboration, ainsi que de partager les



connaissances entre étudiants. Certains étudiants ont indiqué que l'APP demandait plus de temps, apportait un surplus de travail, augmentait leur stress et diminuait leur estime de soi (Yuan et al., 2011). Cette étude récente vient confirmer les conclusions d'autres études (Tiwari, Chan, et al., 2006; Tiwari, Lai, et al., 2006). Certaines limites peuvent être notées, à savoir la petite taille de l'échantillon ainsi que la spécificité du contexte chinois qu'il est difficile de transférer au contexte nord-américain.

Force est d'admettre que les connaissances sur les retombées de l'APC et de l'APP sont encore contradictoires. Peu de chercheurs ont étudié les retombées de programmes basés sur une APC. Les résultats des études empiriques sur l'APP ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de cette MEA pour favoriser le développement des compétences des futurs infirmiers. D'autres études explorant les retombées de programmes sur l'APC et de l'APP sont nécessaires afin de bien comprendre l'impact sur le développement de leurs compétences. La prochaine section exposera les résultats des études discutant des compétences d'IND.

### **Compétences d'IND**

De nombreux chercheurs se sont penchés sur les compétences d'IND au début de leur carrière professionnelle sans toutefois faire de lien avec les programmes de formation, sauf pour quelques études comparatives des compétences d'IND de programmes basés sur l'APP et de programmes traditionnels (non-APP).

Dans une étude descriptive utilisant la méthode des incidents critiques, Uys, Gwele, McInerney, van Rhyn, et Tanga (2004) ont comparé les résultats de programmes basés sur l'APP en termes de pratique infirmière et de compétences avec ceux des infirmiers provenant de

programmes non-APP, en Afrique du Sud. Quarante-neuf IND (six à neuf mois après la diplomation) ont été interviewés individuellement (40 de l'APP, 9 de non-APP) afin qu'ils expriment un incident qu'ils ont vécu. Les chercheurs ont également interviewé des superviseurs de ces IND en milieu clinique en début de pratique, mais leur nombre n'est pas spécifié. Par la suite, les chercheurs analysaient cet incident selon les niveaux de développement de l'expertise professionnelle de Benner (1984). Uys et al. (2004) arrivent à la conclusion que les incidents décrits par les IND-APP semblaient être d'un niveau de compétences plus élevé que les IND-non-APP. Cette étude comporte cependant deux limites importantes, soit la différence dans le nombre de participants entre les deux groupes d'IND (IND-APP et IND-non-APP) et les différences entre les milieux de travail des IND.

Applin et al. (2011) ont également étudié les compétences d'IND (six mois après la diplomation) provenant de programmes basés sur l'APP et de programmes traditionnels dans l'Ouest canadien. Cette étude descriptive comparative avait pour but de déterminer s'il existait une différence entre le niveau de compétences auto-rapportées entre les IND des deux groupes. Les données ont été recueillies grâce à une enquête postale comprenant le *Graduate Competence Questionnaire* et deux questions ouvertes. Ce questionnaire est un instrument quantitatif qui comporte 50 questions regroupées en quatre catégories (professionnalisme, connaissances, éthique et offre de soins) et dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes ( $\alpha = 0,77$ ). Les résultats comparatifs entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatifs, pour aucune catégorie du questionnaire. La taille de l'échantillon avait été calculée à 128 répondants par les chercheurs et ils ont obtenu 121 réponses (64 APP et 57 non-APP), ce qui pourrait expliquer en partie ces résultats, malgré le haut taux de réponse (94,5%). Les réponses aux

questions ouvertes ont cependant permis de mieux comprendre comment les IND attribuaient le développement de leurs compétences à leur programme de formation et ce qu'elles voudraient améliorer de ces programmes. Par une analyse thématique, Applin et al. (2011) ont mis en évidence quatre thèmes pour les IND-APP : 1) l'APP permettait un meilleur développement de la pensée critique, 2) les IND étaient des apprenants autonomes, 3) ils basaient leur pratique sur les résultats probants et 4) ils valorisaient le travail en équipe. Les réponses des IND-non-APP étaient moins complètes et ne discutaient que faiblement du développement de la pensée critique et du travail en équipe.

Une autre étude canadienne, celle de Williams et al. (2012), discute des retombées du programme de l'University of Alberta qui se base principalement sur l'APP, appelé apprentissage basé sur le contexte (*context-based learning*) dans cette faculté. Dans une étude ethnographique ciblée ayant pour but de déterminer l'influence du programme de formation sur la pratique professionnelle, les auteurs ont effectué des entrevues individuelles et tenu des groupes de discussion avec 45 de ces infirmiers, deux à cinq ans après leur diplomation. L'analyse thématique a permis d'identifier les trois thèmes suivants : ces IND 1) font preuve de pensée critique, 2) utilisent les résultats probants pour améliorer leur pratique, et 3) assument un rôle de leader au sein d'équipes interdisciplinaires. Comme le mentionnent Williams et al. (2012), les infirmiers se sentaient préparés pour la pratique et satisfaits des retombées de leur programme de formation initiale sur leurs compétences : « La majorité des participants ont indiqué que malgré le fait qu'ils n'appréciaient pas toujours le programme lorsqu'ils étaient étudiants, ils étaient capables, après leur diplomation, d'en voir les bénéfices et de constater l'influence du programme sur leur pratique professionnelle » [traduction libre] (p. 420). Les

participants ont également mentionné que leur transition dans la pratique professionnelle était aussi houleuse que pour leurs collègues provenant de programmes traditionnels, mais qu'à la suite de cette période de transition, ils se sentaient mieux outillés. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Applin et al. (2011).

### **Culture de milieu hospitalier de soins aigus**

Au Québec, la majorité des IND commencent leur pratique professionnelle dans un établissement de santé prodiguant des soins aigus (Marleau, 2016). Un établissement de soins aigus est défini comme un milieu qui dispense « les soins requis lors de la phase aiguë de la maladie [...] ces milieux de soins ont pour mission d'offrir des services diagnostics et de soins médicaux généraux et spécialisés, dans les secteurs de la santé physique » (Corporation d'hébergement Québec, 2011, p. 4). Les unités de médecine et de chirurgie entrent dans cette catégorie d'unités de soins aigus, par opposition aux unités de soins critiques, de soins palliatifs, de soins psychiatriques et de soins mère-enfant.

En début de pratique, beaucoup d'IND éprouvent un choc de transition entre le milieu académique et le milieu hospitalier de soins aigus. Cette transition a été documentée par plusieurs auteurs (Casey, Fink, Krugman, et Propst, 2004; Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Duchscher, 2008, 2009; Fox, Henderson, et Malko-Nyhan, 2005; Kramer, 1974; Schoessler et Waldo, 2006; Valdez, 2008). Fox et al. (2005), dans une étude longitudinale australienne, concluent que le soutien des gestionnaires, un nombre suffisant d'infirmiers et les attitudes des autres professionnels sont des éléments essentiels afin que les IND franchissent cette période de transition d'une façon efficace. Duchscher (2009) a quant à elle développé un modèle conceptuel

du choc de transition vécu par les IND. En s'appuyant sur des données provenant de quatre études antérieures, l'auteure a mis en évidence des conséquences négatives de cette transition, qu'elle a classées en quatre catégories, soit des conséquences physiques, émotionnelles, intellectuelles et socio-développementales. Ces répercussions sur les IND proviennent de facteurs présents dans le contexte dans lequel se trouvent les IND et qui entraînent un doute, une confusion de rôle et une désorientation dans les débuts de pratique (Duchscher, 2009). Duchscher et Myrick (2008) décrivent ce contexte de milieu hospitalier de soins aigus dans lequel travaillent les IND comme une culture qui : 1) présenterait des comportements dominants prescriptifs, démontrant aux infirmiers comment ils devraient agir malgré leur formation initiale, 2) serait intellectuellement oppressive, les nouvelles idées étant peu écoutées et peu encouragées, et 3) serait également cognitivement restrictive, exigeant des infirmiers qu'ils utilisent de nombreux protocoles qui rendent futile l'exercice et le développement du jugement clinique. D'autres auteurs décrivent l'ambiance délétère qui règne sur les unités de soins, en particulier envers les IND qui souffrent souvent d'intimidation de la part d'infirmiers plus expérimentés (Laschinger, Grau, Finegan, et Wilk, 2010).

Bien que la notion de culture soit souvent entendue comme synonyme d'ethnicité, d'autres auteurs la définissent d'une façon qui nous permet de considérer un milieu de soins comme une culture. Pour Roper et Shapira (2000), différents éléments tels que les croyances, les processus sociaux, les valeurs, les savoirs transmis et les comportements partagés par plusieurs individus d'un groupe permettent d'identifier une culture. Fetterman (2010) précise quant à lui que la culture peut être vue selon une perspective comportementaliste (ou matérialiste) ou selon une perspective idéationnelle (ou cognitive). Spradley, un anthropologue

reconnu, définit la culture comme « le savoir acquis utilisé par les gens pour interpréter leur expérience et générer des comportements sociaux » [traduction libre] (1979, p. 5). Cette définition fait le lien entre les deux perspectives exposées précédemment et est celle retenue dans le cadre de la présente étude. Cette définition permet de considérer le milieu hospitalier de soins aigus comme une culture, puisque les professionnels de la santé qui y travaillent ont des connaissances, valeurs et croyances communes leur permettant d'agir. Fetterman (2010) précise également que la culture n'est pas simplement ce que les gens font ou disent, mais également les tensions qui peuvent survenir entre ce qu'ils font et ce qu'ils devraient faire. Cette notion de tension permet de comprendre que bien qu'une culture soit partagée par de nombreux individus, la façon dont elle s'exprimera peut être différente d'un individu à l'autre, ou même parfois être contradictoire entre deux personnes.

Sans parler spécifiquement de culture, d'autres auteurs (Roch, Dubois, et Clarke, 2014) ont étudié l'influence du climat organisationnel sur la pratique d'infirmiers grâce à une méthode mixte combinant des questionnaires distribués à grande échelle (N=292), des entrevues individuelles (N=15) et l'analyse de documents disponibles dans les établissements de santé. Contrairement aux études mentionnées précédemment, ces auteurs font état d'un climat organisationnel globalement positif. À l'instar de Duchscher (2009) et de Duchscher et Myrick (2008), Roch et al. (2014) expliquent que le climat organisationnel a un impact réel sur les infirmiers et leur pratique. Les auteurs détaillent plusieurs facteurs d'influence, dont l'organisation et la priorisation du travail, la collaboration en équipe, le rôle infirmier spécifique, la communication et l'attitude avec les patients et leur famille. Bien que ne faisant pas état spécifiquement de compétences, mais plutôt de pratique de soins, ces résultats, tout comme ceux

des études précédentes, renforcent l'idée que le déploiement des compétences des IND ne peut être étudié sans prendre en compte le contexte organisationnel.

À ce jour, encore peu de chercheurs ne semblent s'être penchés sur le déploiement des compétences d'IND de programmes basés sur l'APC, après leur transition les milieux hospitaliers de soins aigus. Considérant les écrits précédemment mentionnés qui décrivent ce qu'est une culture ainsi que ceux précisant l'influence de ce milieu sur les IND, il apparaît pertinent d'étudier le déploiement de compétences d'IND en tenant compte de la culture dans laquelle ils évoluent, soit la culture de milieu hospitalier de soins aigus. Ceci est d'ailleurs cohérent avec la définition de compétence adoptée pour ce projet et l'indissociabilité du contexte dans le déploiement des compétences.

### **Cadre de référence**

La cadre de référence qui a guidé ce projet s'appuie sur une intégration de la vision pédagogique de Patricia Benner en sciences infirmières et de l'APC, provenant des sciences de l'éducation. À notre connaissance, ce travail d'intégration n'a jamais été présenté dans la littérature en sciences infirmières. Il s'agit donc ici d'un cadre original qui met en évidence la complémentarité de ces deux approches et la pertinence de l'APC en formation infirmière. Avant de présenter le cadre, une synthèse des travaux de Benner sera présentée.

### **De novice à expert**

Benner a longuement étudié le phénomène du développement de l'expertise professionnelle en s'inspirant du modèle d'acquisition d'habiletés de Dreyfus et Dreyfus (1980),

élaboré en étudiant les habiletés des pilotes d'avion de chasse de l'armée de l'air des États-Unis. Elle est reconnue pour son modèle intitulé « de novice à expert » (*From novice to expert... the Dreyfus model of skill acquisition*), publié pour la première fois en 1982. À la suite d'une étude multicentrique auprès de 62 infirmières et 5 étudiantes en sciences infirmières, Benner conclut alors que les cinq stades du modèle des frères Dreyfus sont transférables en sciences infirmières et elle les adapte à ce contexte. Elle identifie des éléments descriptifs précis pour chaque stade en précisant que le changement d'un stade à l'autre qui ne s'effectue pas de façon automatique, mais survient uniquement si l'infirmier s'engage dans un processus d'apprentissage continu. Une brève description des stades – novice, débutant, compétent, performant et expert – est présentée à l'Appendice B. Bien que le stade expert soit le dernier stade du modèle, un infirmier parvenu à ce stade doit poursuivre le développement de son expertise; ce stade ne représente donc pas une finalité, mais une période où l'infirmier poursuit son processus de développement en innovant dans sa pratique et en restant engagé dans son apprentissage. Benner (1984) précise que tous les infirmiers ne parviendront pas à ce stade.

À travers les années, plusieurs auteurs ont attribué le titre de « stades de compétence clinique » au modèle de Benner. Bien qu'explicitement le modèle de Benner en soit un d'acquisition d'habiletés et non de compétences, la définition que fait Benner de ces habiletés est cohérente avec la définition holistique de compétence selon Tardif (2006) et d'autres auteurs en sciences de l'éducation (Eraut, 1994, 1998; Gonczi, 1996; Gonczi et Hager, 2010). Sans donner une définition claire, Benner (1984) juge qu'il faille considérer ces habiletés dans le cadre d'une performance holistique, liée au contexte de pratique de l'infirmier et qu'il ne faut pas considérer l'action d'un infirmier uniquement d'un point de vue procédural. Ceci est



similaire à l'idée de savoir-agir complexe et contextualisé provenant de la définition de compétence de Tardif (2006).

Alors que le modèle de novice à expert semble précis et bien défini, certains auteurs et enseignants en sciences infirmières interprètent différemment la période correspondant à chaque stade. Bien que chaque infirmier soit différent dans son processus de développement de l'expertise, Benner (1982) identifie le troisième stade, celui de compétent, comme étant l'infirmier possédant typiquement environ deux à trois ans d'expérience. Il s'agit en fait du seul stade qu'elle identifie clairement dès la publication initiale du modèle. Dans un article de 1992 détaillant les résultats d'une étude pour approfondir le modèle, Benner, Tanner et Chesla précisent que le second stade, celui de débutant, correspond aux infirmiers après la diplomation (IND). Le premier stade correspond donc aux étudiants en sciences infirmières, ce qui est cohérent avec la description qu'en fait Benner (1982, p. 403) : « Les novices n'ont aucune expérience avec les situations dans lesquelles ils doivent agir » [traduction libre]. Alors que cette précision peut sembler banale, elle confirme que le développement de l'expertise professionnelle de Benner englobe la transition des infirmiers entre les milieux académique et clinique. Dans certains de ses écrits, Benner propose sa vision pour offrir une formation de qualité aux futurs infirmiers. Cette vision sera approfondie dans la prochaine section.

### **Vision pédagogique de Benner**

Dans plusieurs de ses écrits (Benner, 1982, 1984; Benner et al., 2010; Benner et al., 2009), Benner présente la façon dont elle conçoit la formation des infirmiers. Plus spécifiquement, elle milite pour une transformation des programmes de formation et la transition

vers une pédagogie de l'intégration qui permet de faire un rapprochement entre la théorie et la pratique, entre les connaissances et l'expérience (Benner et al., 2010). Les réflexions de Benner sur la formation des infirmiers s'appuient sur les écrits de Dewey sur l'apprentissage expérientiel (Benner et al., 2009). Philosophe américain du courant du pragmatisme, Dewey (1997) a fait la promotion de l'éducation progressive (en comparaison avec l'éducation traditionnelle), une pédagogie où l'expérience constitue le moteur de l'apprentissage de l'étudiant. Dans cette approche, l'accent est mis sur l'interaction entre l'apprenant et son environnement, social ou physique. Selon les situations rencontrées, les apprenants développent des prédispositions et des capacités à agir qui sont circonscrites dans un contexte précis. Les apprentissages d'une personne sont donc corollaires du contexte et des situations rencontrées, ce que certains auteurs appellent une cognition située ou contextualisée, rappelant le caractère contextuel des compétences (Tardif, 2006).

La vision pédagogique de Benner s'appuie sur ce concept de cognition située et d'expérience ancrée dans un contexte précis (Benner et al., 2009). L'infirmier agit toujours dans un contexte, lequel en retour aura une influence sur la façon dont l'infirmier agira, ainsi que sur les apprentissages qu'il pourra tirer des situations vécues. Avec le développement de son expertise, un infirmier arrivera progressivement à intervenir en fonction de la situation, à en capter les éléments significatifs (*sense of salience*) et à adapter sa pratique en fonction de l'unicité de chaque patient (Benner et al., 2009).

Pour Benner, l'infirmier doit s'engager dans son apprentissage et dans une relation patient-infirmier profonde et significative, ce qui lui permettra d'accompagner le patient et d'en tirer des apprentissages. C'est à partir de ces expériences que l'infirmier développera son

expertise. Ce savoir expérientiel doit toutefois être complété par des savoirs empiriques (ou y prendre appui) afin que l'infirmier puisse atteindre son plein potentiel; Benner insiste sur l'interdépendance de la recherche, de la théorie et de la pratique (Benner et al., 2009; Benner et Wrubel, 1989; Brykczynski, 2009). Benner (1984) et Benner et al. (2009) avancent également la notion d'intuition que l'infirmier peut développer. Ce concept a cependant été critiqué par des auteurs (Cash, 1995; English, 1993). D'autres aspects du modèle de novice à expert ont également été critiqués.

### **Critiques des écrits de Benner**

Le modèle de novice à expert et les travaux de Benner ont grandement influencé la discipline infirmière : de nombreuses études sur le développement de compétences ou d'expertise infirmière sont basées sur ses travaux. Mais le modèle et certains des concepts développés par Benner ont fait l'objet de nombreux débats et critiques au fil des années, entre autres sur le stade d'expert et le concept d'intuition, l'expertise contextualisé et libellé du troisième stade du modèle (« compétent »).

#### ***Le stade d'expert et le concept d'intuition***

Une des premières critiques a été faite sur le concept de l'intuition, que Benner (1982) identifie comme étant une caractéristique des stades plus avancés (performant et expert), sans réellement définir ce qu'était l'intuition (Cash, 1995; English, 1993). Bien qu'à travers ses écrits Benner explique ce qu'elle considère comme l'intuition, ce concept ne semble pas bien circonscrit ou appuyé par des recherches empiriques. Il est cependant faux de prétendre que, lorsqu'on utilise ce terme d'une façon liée à l'expertise, qu'il s'agit de mysticisme, tel que

l'explique Benner (1984), réitéré par Darbyshire (1994). Il s'agirait plutôt de savoirs incorporés à un niveau très élevé, ne transitant plus par les mêmes processus analytiques qu'une personne n'ayant pas atteint le même niveau d'expertise (Dreyfus et Dreyfus, 1987). Ces auteurs donnent l'exemple de joueurs d'échecs experts qui ne prennent que quelques secondes pour jouer un coup. Il leur est impossible d'analyser de façon consciente le jeu et d'anticiper tous les coups de l'adversaire. Une expérience a été tentée dans les années 1980 avec un joueur d'échecs de calibre international (Julio Kaplan) : pendant une partie, il devait additionner des nombres à voix haute. Malgré cette tâche cognitive supplémentaire, le jeu de Kaplan n'a pas été affecté (Dreyfus et Dreyfus, 1986), confirmant l'hypothèse de savoirs incorporés. En réponse aux critiques de Cash (1995), Benner (1996) précise que pour arriver à une pratique intuitive et fluide, l'infirmier expert ne déconstruit pas la situation en unités plus simples, mais saisit plutôt l'unicité et la complexité de chaque situation.

English (1993) critique aussi l'absence d'indications précises permettant à un infirmier de transiter du stade de performant au stade d'expert. Benner (1982) affirme que tous les infirmiers n'atteindront pas ce dernier stade, qu'elle identifie comme typiquement atteint après 5 ans d'expérience. Elle ajoute que l'expérience n'est pas équivalente aux années travaillées, mais qu'elle s'acquiert par l'intégration de différents types de savoirs au fil de situations rencontrées. English (1993) précise que Benner n'offre pas d'explication justifiant le fait qu'un infirmier ayant travaillé pendant cinq ans ne soit pas un expert, ce qui, à notre avis, provient d'une lecture trop stricte du modèle de Benner. English (1993) semble adopter une posture épistémologique positiviste dans sa lecture des écrits de Benner, alors que le modèle est basé sur une conception interprétative. Selon cette conception, la nature humaine étant complexe et

intimement liée au contexte social, il est difficile, voire impossible, d'identifier une liste de critères bien définis permettant de classer un professionnel comme étant expert (Darbyshire, 1994). La distinction que fait Benner entre l'expérience et les années travaillées nous semble pertinente et cohérente avec les écrits en sciences de l'éducation sur le développement des compétences, en particulier avec la notion d'apprentissages critiques (Tardif, 2006) qui doivent être réalisés pour atteindre des niveaux de compétences plus élevés.

### *L'expertise contextualisée*

Une seconde critique a été faite par Cash (1995) sur la contextualisation de l'expertise. Cet auteur souligne ce qu'il considère comme étant une incohérence dans le discours de Benner : on ne devrait pas attribuer le qualificatif d'expert à un professionnel si l'expertise ne peut s'exprimer qu'à travers un contexte de pratique. Benner (1996) répond à cette critique en réitérant que l'action du professionnel est toujours contextualisée et influencée par ce contexte. Ainsi, pour attribuer le qualificatif d'expert à un infirmier, on peut regarder la façon dont il déploie ses compétences dans la majorité des situations. Tel que précédemment mentionné, les auteurs en sciences de l'éducation sur l'APC de deuxième génération expriment une vision similaire à propos d'une compétence : elle est intimement imbriquée dans une situation professionnelle.

Le déploiement de compétences étant contextualisé, Benner n'explique pas ce qui se produit lorsqu'un infirmier reconnu comme un expert change de contexte de pratique. Hargreaves et Lane (2001) apportent certains éléments de réponse à travers une histoire de cas : malgré une expertise reconnue, l'infirmière avait le sentiment d'être novice dans un nouveau

milieu. Ce sentiment s'est estompé rapidement et l'infirmière a rapidement été considérée compétente par ses pairs. Cette anecdote semble indiquer qu'un expert sera en mesure de transférer certains apprentissages ou habiletés dans son nouveau milieu de pratique. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré ce phénomène en sciences infirmières et de futures recherches seraient nécessaires pour mieux le comprendre.

### *Être compétent*

Finalement, un dernier élément donnant matière à débat est le libellé du troisième stade : compétent. L'avènement en éducation de l'APC et la réforme de programmes de sciences infirmières pour se baser sur une APC ajoute à la confusion concernant le libellé de ce stade et sur la signification qu'on y donne. À la lecture des écrits de Benner, on peut se poser la question si « être compétent » signifie la même chose qu'« atteindre le stade compétent ». Blanchet-Garneau et al. (2017) amène un élément de réponse dans leur conceptualisation de la compétence. En intégrant les perspectives émancipatoire et régulatoire de la compétence, ces auteurs expriment que la compétence ne devrait pas être considérée comme un stade dans le développement de l'expertise d'un professionnel de la santé, puisqu'elle peut se retrouver à chacun des stades, selon des indicateurs différents. Il s'agit plutôt d'un continuum s'échelonnant sur la vie professionnelle d'un individu (Blanchet-Garneau et al., 2017).

Bien que pertinentes, les critiques présentées ici semblent axer sur une déconstruction des concepts présentés par Benner et ne permettent pas de comprendre davantage son modèle, de le valider ou de l'invalidier. De plus, plusieurs de ces critiques semblent provenir d'auteurs avec des référents ontologique et épistémologique positivistes, alors que le modèle de novice à

expert est tiré des travaux de Benner basés sur le paradigme interprétatif. À la lumière d'écrits sur le développement des compétences (Tardif, 2006, 2017), le modèle de Benner nous apparaît valide et pertinent pour étudier le développement et le déploiement de compétences d'IND et de prendre en compte le contexte dans lequel évoluent ces IND. Tel que mentionné, bien que Benner ne discute pas de développement de compétences, mais plutôt de développement de l'expertise, sa vision pédagogique est cohérente avec l'APC de seconde génération et permet de faire un rapprochement entre les sciences infirmières et les sciences de l'éducation. Un nouveau modèle intégrant les travaux de Benner et l'APC a donc été construit pour servir de cadre de référence pour ce projet et sera présenté dans la prochaine section.

### **Intégration des travaux de Benner et de l'APC**

De nombreux liens peuvent être faits entre les travaux de Benner sur le développement de l'expertise professionnelle et sa vision pédagogique, et les fondements et principes de l'APC. Les concepts-clés décrits par Benner, soit la contextualisation, l'apprentissage expérientiel, la réflexion sur la pratique et une progression à travers différents stades, sont également au cœur de l'APC, qui permet d'opérationnaliser ces concepts dans les programmes de formation. Ce travail d'intégration a donné lieu au modèle de développement et déploiement de compétences en pratique infirmière qui a servi de cadre de référence pour ce projet (voir Figure 1).

Au cœur de ce modèle, on retrouve le concept de développement de l'expertise infirmière (Benner, 1984; Benner et al., 2009), qui englobe à la fois le développement et le déploiement de compétences. Afin de promouvoir le développement de compétences des étudiants (novices) et être cohérent avec l'APC, les programmes devraient se baser sur des MEA actives (Benner et

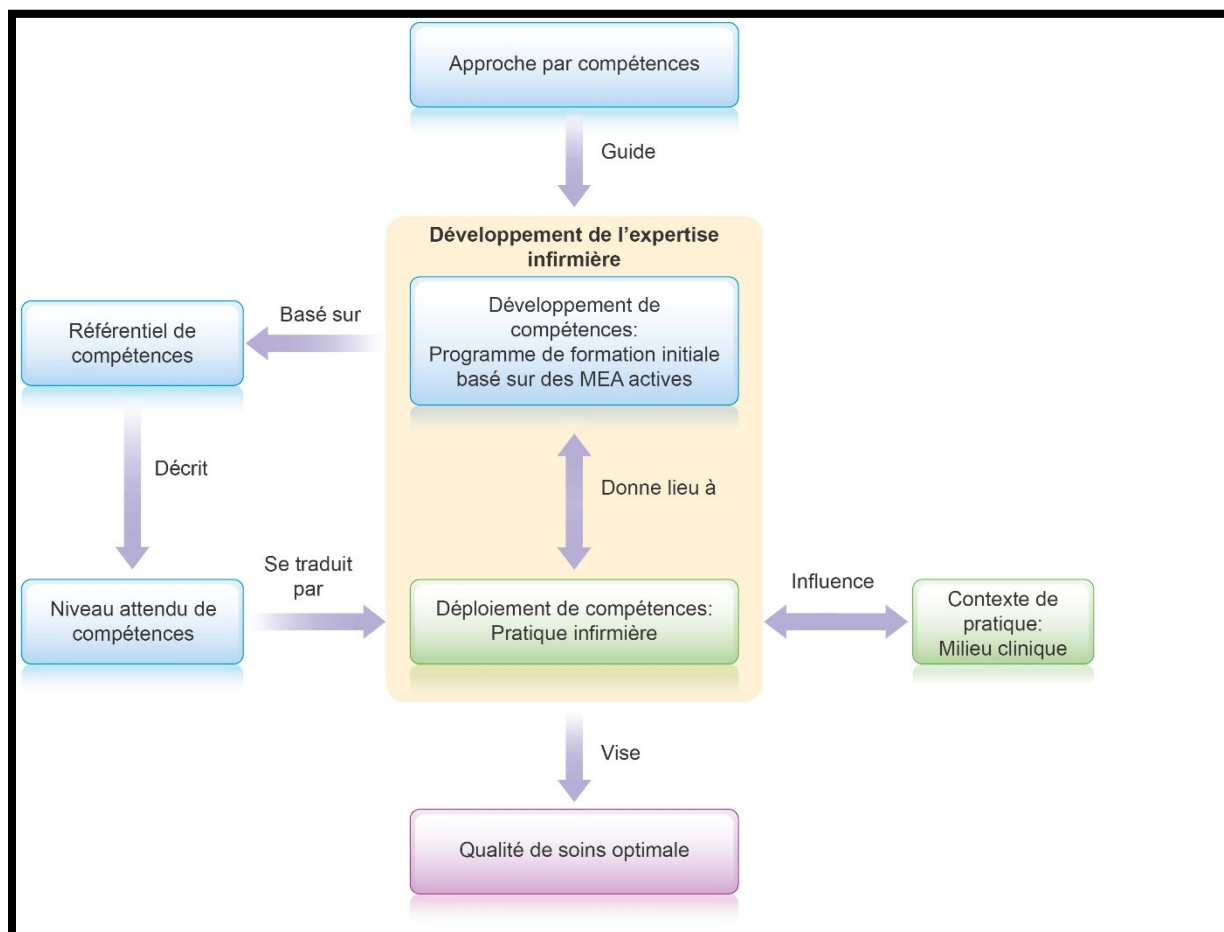


Figure 1. Modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière

al., 2010; Tardif, 2006), tels que l'apprentissage par problème, la simulation clinique haute-fidélité, la pratique réflexive et les stages cliniques. Ces MEA doivent être basées sur des mises en situation authentiques et d'une complexité croissante, à travers lesquelles les étudiants mobiliseront et combineront les différents types de connaissances acquises. Puisque l'action est au cœur de la définition d'une compétence, le développement des compétences est intimement lié à leur déploiement en contexte réel, qui peut être effectué pendant la formation (par exemple, lors de stage clinique ou de simulation clinique) ou à la suite de la diplomation, en milieu clinique. Même en étant novices, les étudiants peuvent donc expérimenter cette pratique



infirmière, dans un contexte bien encadré. Par la réflexion dans l'action et sur l'action (Schön, 1993), l'étudiant ou le professionnel poursuit le développement de ses compétences, ce qui l'amène à des niveaux d'expertise plus élevés. Les concepts de développement et de déploiement de compétences ne doivent donc pas être interprétés comme linéaires ou survenant un à la suite de l'autre, mais plutôt interdépendants et s'influençant mutuellement.

Pour aider les formateurs à concevoir un programme cohérent avec l'APC, un référentiel de compétences est non seulement utile, mais devient incontournable (Poumay et Georges, 2017; Tardif, 2017). Toujours selon ces auteurs, ce document devrait être construit par une analyse du travail réel et attendu des professionnels et validé empiriquement. Il devrait inclure les niveaux de développement de chaque compétence, des indicateurs précis en plus de ressources à acquérir et d'apprentissages critiques à réaliser par les étudiants. Tel que précédemment mentionné, le nombre de compétences devrait être relativement restreint (Poumay et Georges, 2017), considérant leur complexité et leur caractère intégrateur (Tardif, 2006).

Après l'obtention de leur diplôme, les IND transitent du stade de novice vers le stade de débutant. Immergés dans leur pratique professionnelle autonome, ils tenteront de mettre à profit leurs apprentissages afin de donner des soins de qualité et déployer un niveau de compétences qui rencontre les exigences de la pratique. Ces exigences peuvent être variables; certains les interprètent comme un niveau minimal sécuritaire de soins et d'autres y voient plutôt une visée d'excellence (Blanchet-Garneau et al., 2017). Cette dichotomie vient brouiller un discours déjà confus sur la définition d'une compétence, tel que précédemment discuté et provient, entre autres, de l'absence de référentiel de compétences dans de nombreux milieux de pratique.

Pour atteindre des niveaux de développement de compétences et d'expertise plus élevés, les infirmiers s'appuient à la fois sur des savoirs expérimentiels et des savoirs théoriques qui, lorsque combinés, leur permettent de déployer leurs compétences plus efficacement. Ils seront alors en mesure d'adapter leurs interventions aux spécificités de chaque situation, de capturer les éléments significatifs et d'adapter leur pratique à l'unicité de chaque patient (Benner, 1984).

Tardif et Benner mettent l'accent sur l'importance du contexte lors du développement et du déploiement des compétences, se traduisant par les situations (ou familles de situations) dans lesquelles les infirmiers sont placés. Une compétence s'oriente toujours vers un but, une mise en action, une finalité; cette finalité s'articule à l'intérieur d'un contexte précis, que l'auteur nomme situation ou famille de situations (Tardif, 2006). Selon Pastré (1999), un didacticien en sciences de l'éducation, l'apprenant se construit des schèmes cognitifs opératoires au fil des situations et des apprentissages, qui deviennent des ressources internes. Ces schèmes permettent à l'apprenant de s'adapter aux situations ultérieurement rencontrées, de façon consciente ou non. Le concept de schème est cohérent avec la notion d'intuition discutée par Benner (1984).

Le contexte de pratique dans lequel sont plongés les étudiants, les IND ou même les infirmiers plus expérimentés comprend non seulement le milieu physique, mais également les professionnels y travaillant ainsi que les diverses politiques et règles mises en place. Ces différents éléments influencent la pratique infirmière. Tel que mentionné précédemment, certains auteurs (Duchscher 2009; Duchscher et Myrick, 2008) considèrent que le contexte de milieu hospitaliers de soins aigus peut être vu comme une culture. Ce contexte (ou cette culture) n'est pas statique; il évolue en fonction des professionnels qui le compose. Ceci est la raison pour laquelle la relation illustrée entre la pratique infirmière et le milieu clinique à la Figure 1

est une influence mutuelle. Non seulement le contexte influence le déploiement de compétences des infirmiers du milieu clinique, mais ce déploiement vient à son tour influencer le milieu clinique.

Au-delà des concepts centraux reliés au développement et au déploiement de compétences, ce modèle met de l'avant la continuité entre la formation et la pratique infirmière, dans un but de réduire l'écart entre la théorie et la pratique. Cet écart est perçu encore aujourd'hui (Ajani et Moez, 2011; Bvumbwe, 2016; Hussein et Osuji, 2017), bien que les programmes misent de plus en plus sur une formation pratique avancée avec des laboratoires, des simulations cliniques haute-fidélité et des stages en milieux cliniques (Hussein et Osuji, 2017).

L'utilisation d'un cadre de référence intégrant les travaux de Benner sur le développement de l'expertise professionnelle et sa vision pédagogique ainsi que l'APC est non seulement cohérente, mais également pertinente pour l'étude du phénomène du déploiement de compétences d'IND.

## **CHAPITRE 3**

### **MÉTHODE**

Ce chapitre décrit la méthode de recherche retenue afin d'atteindre le but de l'étude. Dans un premier temps, les référents ontologique et épistémologique de l'étudiant-chercheur seront exposés. Ensuite, l'ethnographie et l'ethnographie ciblée seront explicitées, notamment du point de vue de leurs bases théoriques et conceptuelles. Le milieu de l'étude ainsi que le déroulement seront subséquemment présentés, incluant la préparation du terrain, les stratégies d'échantillonnage, les critères de sélection et les méthodes de recrutement des participants, les outils et méthodes de collecte de données et le cadre d'analyse des données. Finalement, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques seront discutés.

### **Référents ontologique et épistémologique**

Plusieurs auteurs (Creswell, 2007; Guba et Lincoln, 1994; Guba et Lincoln, 2005; Patton, 2002) invitent les chercheurs à clarifier leur position ontologique et épistémologique. Dans ce projet de recherche, l'étudiant-chercheur a adopté une position constructiviste de la réalité et du développement des connaissances. D'un point de vue ontologique, la réalité est construite par les acteurs du milieu par leurs interactions complexes qu'ils ont les uns avec les autres et avec leur environnement (Appleton et King, 1997; Guba et Lincoln, 1994). Le monde se bâtit au fil de constructions et déconstructions et est en constante évolution (Riverin-Simard, Spain et Michaud, 1997). Le chercheur tente de comprendre l'expérience de chacun ainsi que les différentes perceptions du phénomène à l'étude, soit le déploiement de compétences cette réalité. Ceci l'amène à comprendre la réalité, socialement construite, dans laquelle évoluent les acteurs. Cette posture permet de concevoir que des acteurs partageant une culture peuvent avoir des perceptions différentes et mêmes contradictoires, tout en demeurant valides. Ceci justifie l'interrogation d'acteurs-clés provenant de différents groupes afin de mieux cerner le

phénomène du déploiement de compétences d'IND. Afin de cerner les différentes postures et pour apprécier la complexité du contexte, il est essentiel de s'immerger dans la culture de milieu hospitalier de soins aigus, ce qui a été fait dans cette étude. Cette culture n'est pas un contexte figé, mais bien dynamique, puisque socialement construite par les acteurs s'y trouvant. Ce contexte en évolution influence donc l'action des acteurs, tout comme ceux-ci viennent l'influencer à leur tour, tel que précisé dans le modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière qui a servi de cadre pour cette étude.

D'un point de vue épistémologique, puisque le chercheur est immergé dans le contexte, il devient le principal instrument de collecte de données. Il doit être flexible et ouvert à l'expérience de chacun, ce qui permet de récolter des données et de les traduire en connaissances (Sylvain, 2008). Ces connaissances sont le fruit d'un travail de construction entre le chercheur et les participants; ils ne sont plus deux entités dissociées, mais deviennent un concept intégré et intimement lié, ancré dans cette culture de milieu hospitaliers de soins aigus (Appleton et King, 1997; Levy, 1994). Les connaissances produites par le chercheur sont dépendantes de cette relation créée avec les participants, même si le phénomène étudié existe à l'extérieur de cette relation et est considéré comme indépendant du chercheur. Afin de favoriser la transférabilité des connaissances à d'autres contextes, il importe de bien décrire ce contexte en profondeur, ce qui sera fait en début du chapitre 4.

L'étudiant-chercheur, à travers tout le projet et particulièrement au moment de la collecte de données, s'est positionné comme apprenant, créant ainsi un lien de confiance envers les acteurs-clés. Cette posture a permis de mieux comprendre comment les IND parvenaient à déployer leurs compétences sur les unités de soins aigus. L'étudiant-chercheur a porté une

attention particulière à ce contexte de soins aigus et s'y est intégré pour collecter les données, permettant de construire les connaissances avec les acteurs du milieu. Cette position constructiviste est cohérente avec les postulats énoncés plus tôt, soit ceux de l'APC et des travaux de Benner. Elle permet également d'explorer le phénomène par une méthode de recherche issue du paradigme interprétatif : l'ethnographie.

### **Devis de recherche**

Cette étude a été effectuée grâce à un devis ethnographique ciblé. Plusieurs auteurs sont d'avis qu'une culture organisationnelle ayant des caractéristiques propres se manifeste dans les établissements de santé dispensant des soins aigus (Duchscher, 2009; Duchscher et Myrick, 2008; Laschinger et al., 2010). Les IND qui commencent leur pratique professionnelle sont confrontés à cette culture et doivent s'y intégrer. Dans la prochaine section, un rapide survol de l'ethnographie sera effectué, pour terminer par les spécificités de l'ethnographie ciblée.

### **Ethnographie**

L'ethnographie est une méthode de recherche utilisée lorsque le chercheur s'intéresse à un groupe (ou sous-groupe) de personnes partageant une culture. Traditionnellement, l'ethnographie s'intéressait davantage aux groupes culturels ayant des modes de vie distincts de celui du chercheur (Fetterman, 2010). Le concept de recherche intensive sur le terrain, qui forme la base de l'ethnographie, provient de l'anthropologue britannique Bronislaw Malinowski qui a vécu plus de deux ans dans les îles Trobriand en Nouvelle-Guinée au début du XX<sup>e</sup> siècle (Roper et Shapira, 2000). Cette expérience lui a permis de comprendre comment ces peuples vivaient au quotidien, mais également comment ils célébraient des événements particuliers, tels que la

naissance et la mort. De nombreux anthropologues ont utilisé l'ethnographie de la même façon, mais à partir des années 1960, certains d'entre eux ont commencé à l'utiliser pour décrire des groupes sociaux plus restreints de personnes partageant des caractéristiques propres et évoluant au sein d'une culture plus élargie, comme des sans-abris dans une grande métropole (Roper et Shapira, 2000).

L'ethnographie, qui représente l'étude du contexte, des processus sociaux et des significations d'un groupe partageant des caractéristiques socioculturelles, permet donc plus spécifiquement d'étudier la culture d'un groupe ou sous-groupe (Angrosino, 2007; Bourbonnais, 2015; Fetterman, 2010; Robinson, 2013). Il est cependant difficile de cerner une définition précise du concept de culture. Tel qu'indiqué au précédent chapitre, la définition de culture retenue pour cette étude est celle de Spradley (1979, p. 5) : la culture est « le savoir acquis utilisé par les gens pour interpréter leur expérience et générer des comportements sociaux » [traduction libre]. Cette définition est celle retenue puisqu'elle fait le lien entre les perspectives cognitive et comportementaliste, donc permet de considérer qu'autant les idées, croyances et valeurs que les actions découlent de la culture.

Spradley (1979, 1980) spécifie que l'observation de la culture se déroule à travers des situations sociales qui sont composées de trois éléments : le milieu, les acteurs et les activités. Il convient donc d'étudier ces trois éléments dans le cadre d'une ethnographie. Le milieu représente le contexte dans lequel les individus se comportent et s'expriment de façon verbale ou non verbale. L'étude d'une culture permet d'observer et de comprendre les comportements des acteurs qui en font partie, mais donne également des informations sur les processus cognitifs, sociaux et affectifs qui ont mené à ces comportements. Finalement, observer les activités qui se



déroulent dans le milieu (incluant les compétences déployées) permet d'étudier les réactions des acteurs et leurs comportements. L'étude de ces trois éléments (milieu, acteurs, activités) permet au chercheur de dégager une vue d'ensemble de la culture (Roper et Shapira, 2000), ce qui est cohérent avec la vision holistique d'une compétence, telle que décrite précédemment.

Les cibles d'observation d'un chercheur dépendent de sa définition de culture. UN chercheur adoptant une perspective comportementaliste observera davantage les comportements, les coutumes et la vie de groupe, alors qu'un chercheur ayant une perspective idéationnelle s'intéressera plutôt aux idées, valeurs et savoirs du groupe (Fetterman, 2010). Bien que les deux perspectives apparaissent complémentaires, le chercheur peut décider d'étudier l'une ou l'autre ou les deux, et ceci a pour effet d'influencer la collecte et l'analyse des données.

Un concept important en ethnographie est la confrontation ou la tension entre les perspectives émique et étique (Fetterman, 2010). La perspective émique est celle de l'intérieur du groupe culturel, des acteurs et de ce que le chercheur peut apprendre directement de ces derniers. La perspective étique dépeint celle de l'extérieur du groupe à l'étude, donc la position du chercheur, ses connaissances et la littérature déjà existante (Fetterman, 2010). D'un point de vue constructiviste, le chercheur doit tenter de comprendre la perspective émique par des méthodes de collecte de données rigoureuses, tout en y apportant un point de vue étique lors de l'analyse et de l'interprétation.

### **Ethnographie ciblée**

Dans certaines disciplines comme les sciences infirmières, les chercheurs s'intéressent plutôt à des sous-groupes de personnes ayant des caractéristiques communes et partageant

certaines valeurs (Cruz et Higginbottom, 2013; Higginbottom, Pillay, et Boadu, 2013; Roper et Shapira, 2000). Ces recherches s'orientent souvent autour d'un thème principal ou d'un phénomène précis et suivent une méthode particulière, soit l'identification d'une problématique et de questions de recherche avant la collecte de données, plutôt que de viser l'étude d'une culture dans son ensemble (Higginbottom et al., 2013; Roper et Shapira, 2000). Cette collecte de données est circonscrite dans un laps de temps plus court; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle on utilise le terme micro-ethnographie ou ethnographie ciblée (*focused ethnography*). Cette méthode gagne en popularité en sciences de la santé et en particulier en sciences infirmières, car elle permet l'étude d'un contexte spécifique de pratique ou un phénomène précis avec une clientèle particulière (Cruz et Higginbottom, 2013; Higginbottom et al., 2013; Robinson, 2013; Roper et Shapira, 2000). Bien que différente de ce qu'on pourrait appeler l'ethnographie conventionnelle, l'ethnographie ciblée demeure un processus holistique qui vise à décrire et comprendre un sous-groupe culturel. Cette méthode est donc cohérente pour l'étude des compétences d'IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et l'exploration de l'influence de cette culture sur le déploiement des compétences des IND.

### **Déroulement général de l'étude**

Selon de nombreux auteurs en ethnographie, il convient de « préparer le terrain » où l'étude aura lieu en ayant des discussions préliminaires avec les dirigeants et preneurs de décision de ce milieu (Cruz et Higginbottom, 2013; Fetterman, 2010; Higginbottom et al., 2013; Roper et Shapira, 2000). Cette étape, en accord avec l'Énoncé de politique des trois Conseils (2014), permet d'établir un contact et une collaboration avec les acteurs du milieu d'étude. À cet effet, des discussions avec la Direction des soins infirmiers (DSI) du milieu d'étude ont été

tenues à l'automne 2014 et l'hiver 2015 afin de discuter des modalités d'opérationnalisation du projet. À la suite de l'obtention de l'approbation scientifique de la FSI-UdeM, des rencontres avec différents groupes d'acteurs-clés du milieu ont été tenues afin de présenter le projet, en portant une attention particulière sur les méthodes de collecte de données.

L'autorisation de la DSI, de la Direction des services professionnels (DSP) ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires a été obtenue afin de recruter les infirmiers et les autres professionnels prévus au devis et l'approbation éthique du milieu a été obtenue à l'été 2015 (voir Appendice C). Par la suite, la collecte des données a été effectuée jusqu'en mai 2017, principalement grâce à de l'observation, des entrevues individuelles semi-structurées et des groupes de discussion. Un processus itératif entre la collecte et l'analyse des données a eu lieu, permettant de répondre aux questions de recherche. Le cadre d'analyse de Roper et Shapira (2000) a été utilisé. Dans les prochaines sections, plus de détails seront donnés quant au milieu de l'étude, l'échantillonnage et le recrutement, les méthodes de collecte de données, l'analyse, les critères de rigueur scientifique ayant guidé ce projet ainsi que les considérations éthiques.

### **Milieu de l'étude**

L'étude a été effectuée dans un centre hospitalier affilié à l'université où un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'APC est en place. La culture à l'étude est la culture de milieu hospitalier de soins aigus. Les unités de soins participantes devaient correspondre à la définition de soins aigus du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017), soit une unité dispensant des soins requis lors de la phase aiguë d'une maladie, généralement de courte durée, permettant d'offrir des services diagnostiques et de soins

médicaux généraux et spécialisés, dans les secteurs de la santé physique. Les unités de médecine et de chirurgie entrent dans cette catégorie, par opposition aux unités de soins critiques (soins intensifs, urgence, unité coronarienne), de soins palliatifs, de soins psychiatriques et de soins mère-enfant (Corporation d'hébergement Québec, 2011). À la suite d'une rencontre avec le comité de gestion des lits en juin 2015, comité auquel siègent les infirmiers-chefs d'unité (ICU), il avait été décidé de commencer la collecte de données sur deux unités de soins aigus, employant environ 90 infirmières et disposant de 64 lits de patients. Une troisième unité a été ajoutée à l'hiver 2017 afin de potentialiser le recrutement, portant le nombre total d'infirmières à 130 et le nombre de lits de patients à 96.

## **Échantillonnage et recrutement**

### **Stratégie d'échantillonnage et groupes d'acteurs-clés**

En ethnographie, on utilise les termes d'informateurs ou d'acteurs-clés pour identifier les participants (Fetterman, 2010). Dans le présent projet, le terme d'acteur-clé a été préféré puisqu'il réfère à l'idée que les participants contribuent activement à la culture du milieu à l'étude et ne font pas que fournir des informations sur la culture. Des acteurs du milieu de l'étude ont joué un rôle d'acteur général : il s'agit de professionnels présents dans le milieu qui ont discuté de façon informelle avec l'étudiant-chercheur, sans participer à une entrevue ou un groupe de discussion. Ces acteurs faisaient partie de la culture de milieu hospitalier de soins aigus et contribuaient à approfondir les données obtenues par d'autres moyens. Cette différenciation entre acteur-clé et acteur général est évoquée par de nombreux auteurs en ethnographie (Cruz et Higginbottom, 2013; Fetterman, 2010; Higginbottom et al., 2013; Roper

et Shapira, 2000).

Afin de trianguler les données, il a été décidé de recruter des acteurs-clés provenant de quatre sous-groupes de la culture de milieu hospitalier de soins aigus :

- Groupe 1 : IND
- Groupe 2 : Infirmiers précepteurs
- Groupe 3 : CSI
- Groupe 4 : Autres professionnels

Deux stratégies d'échantillonnage ont été retenues pour recruter les participants : non-probabiliste accidentel et par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016). Il s'agit de méthodes courantes en ethnographie ciblée afin de recueillir les données à partir d'acteurs-clés détenant une connaissance approfondie du phénomène et du contexte (Higginbottom et al., 2013). Les acteurs-clés devaient répondre à certains critères de sélection, mais étaient choisis en fonction de leur accessibilité et de leur disponibilité à participer. Ils ont été encouragés à discuter avec des collègues qui auraient pu souhaiter participer au projet et qui répondaient aux critères de sélection, méthode appelée échantillonnage par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016).

### **Critères de sélection**

Des critères de sélection ont été retenus pour chacun des groupes à l'étude. Selon la recension des écrits présentée au chapitre 2, la majorité des études concernant les IND ont été effectuées de six à douze mois après la diplomation. Cette période correspond à la phase d'adaptation et de transition au milieu de travail. Certaines études suggèrent que cette période

charnière se prolonge au-delà des 12 premiers mois d'emploi, allant même jusqu'à 24 mois (Benner, 1984; Duchscher, 2008, 2009; Schoessler et Waldo, 2006; Valdez, 2008). Dans la présente étude, il a été décidé d'inclure les IND de 6 à 24 mois après la diplomation, lorsque la période de probation était terminée. Ils devaient également avoir travaillé dans le même milieu hospitalier depuis leur diplomation, mais pouvait avoir travaillé sur plusieurs unités de soins aigus ou avoir été assigné à l'équipe volante.

L'infirmier précepteur est un infirmier qui, dans le cadre de ses fonctions auprès des patients sur une unité de soins, est appelé à encadrer, superviser et évaluer un autre infirmier pendant son orientation (ou un étudiant pendant un stage). Les infirmiers précepteurs désirant participer à l'étude devaient avoir encadré un IND provenant de la FSI-UdeM dans les 24 derniers mois et cumuler au moins une autre expérience de préceptorat. Afin de s'assurer que ces infirmiers précepteurs connaissaient bien la culture du milieu, ils devaient travailler dans le même établissement de santé depuis plus de deux ans.

Un CSI a différents mandats et responsabilités en lien avec la formation, la préparation de capsules d'informations, d'implantation de nouveaux protocoles et techniques de soins, de soutien clinique (particulièrement pour les employés de moins de trois ans) et de suivi d'employés (infirmier, infirmier auxiliaire et préposé aux bénéficiaires). Il est généralement attribué à un ensemble d'unités. Les critères d'inclusion pour les CSI étaient de côtoyer les IND de façon régulière et de travailler dans le même établissement de santé depuis plus de deux ans, afin de s'assurer qu'ils avaient une connaissance approfondie de la culture du milieu.

Finalement, tout autre professionnel de la santé qui n'entrait pas dans un des sous-

groupes mentionnés, mais désirant participer à l'étude et côtoyant les IND de façon régulière a été inclus dans le dernier groupe. Ce professionnel devait travailler dans le même établissement de santé depuis plus de deux ans. Pendant l'étude, d'autres infirmiers occupant des fonctions autres que précepteurs ou CSI ont souhaité participer à l'étude et ont été inclus dans ce groupe. Les critères de sélection sont résumés et présentés au Tableau 4 de la page suivante.

Tableau 4

*Critères de sélection des participants pour les quatre sous-groupes*

Groupes	Critères d'inclusion
<p><u>Groupe 1</u> Infirmier nouvellement diplômé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Être diplômé du programme de baccalauréat en sciences infirmières, formation initiale, de l'Université de Montréal depuis 6 à 24 mois</li> <li>◆ Travailler en soins aigus (unité stable ou équipe volante) depuis la fin des études et avoir terminé la période de probation du centre hospitalier</li> </ul>
<p><u>Groupe 2</u> Infirmier précepteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Travailler en soins aigus depuis plus de deux ans</li> <li>◆ Avoir encadré un IND de la FSI-UdeM dans les 6-24 derniers mois en tant qu'infirmier précepteur</li> <li>◆ Cumuler au moins une autre expérience de préceptorat avec un étudiant en sciences infirmières, un IND ou un infirmier</li> </ul>
<p><u>Groupe 3</u> Conseiller en soins infirmiers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Travailler en soins aigus depuis plus de deux ans</li> <li>◆ Côtayer les IND sur une base régulière</li> </ul>
<p><u>Groupe 4</u> Autre professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Être un professionnel de la santé et travailler en soins aigus depuis plus de deux ans</li> <li>◆ Côtayer les IND sur une base régulière</li> </ul>



## Taille d'échantillon

Il est généralement admis en recherche qualitative que le chercheur doit se laisser guider par la saturation des données lors de la collecte afin de déterminer la taille de l'échantillon, phénomène qui survient lorsqu'il y a redondance dans les données recueillies et analysées (Creswell, 2007; Hesse-Biber et Leavy, 2011; Patton, 2002; Walker, 2012). Bourbonnais (2015) et Higginbottom et al. (2013) mentionnent que le nombre de participants à recruter pour répondre aux questions de recherche dans un devis ethnographique ciblé est moindre que dans une ethnographie conventionnelle, puisque le projet est circonscrit dans un temps limité et un contexte plus restreint. Dans la présente étude, 19 personnes ont accepté de participer (voir Tableau 5). Quatre IND ayant été approchés ont refusé de participer à l'étude, sans donner de raison précise. Aucun participant ne s'est retiré de l'étude.

Tableau 5

*Nombre de participants à l'étude selon les sous-groupes*

<b>Groupes</b>	<b>Nombre de participants recrutés (n = 19)</b>
Groupe 1 : Infirmiers nouvellement diplômés	4
Groupe 2 : Infirmiers précepteurs	2
Groupe 3 : Conseillers en soins infirmiers	9
Groupe 4 : Autres professionnels	4

## Recrutement

Bien que l'approbation éthique ait été obtenue le 1<sup>er</sup> juin 2015, il a été décidé avec la DSI que le recrutement et l'observation ne débuteraient qu'à l'automne suivant, pour des raisons logistiques. L'ethnographie s'appuyant sur des séances d'observation comme méthode centrale de collecte de données, il est essentiel d'avoir un lien avec une personne de confiance dans le milieu avant d'entreprendre l'étude. Cette personne, que Fetterman (2010) appelle *gatekeeper* (ou gardien en français), agit en intermédiaire ou en facilitateur afin que le chercheur ait accès plus facilement au milieu.

Une personne de la DSI a d'abord joué ce rôle de gardien, en mettant l'étudiant-chercheur en lien avec de nombreux acteurs-clés. En juin 2015, deux ICU ont manifesté un intérêt pour le projet et il avait alors été décidé de commencer la collecte de données et le recrutement sur ces deux unités. Une lettre présentant le projet a été remise aux IND (voir Appendice D) et aux infirmiers précepteurs potentiels (voir Appendice E), identifiés par les ICU; une affiche a également été mise en ligne sur l'Intranet du centre hospitalier (voir Appendice F).

Dans les trois premiers mois de l'étude, plusieurs participants ont été recrutés : un IND, neuf CSI et trois autres professionnels. La presque totalité de l'équipe de CSI a voulu participer à l'étude, expliquant le nombre élevé de participants dans ce groupe. Un facteur pouvant avoir influencé l'intérêt des CSI pourrait être qu'ils avaient obtenu l'autorisation de leur supérieur de participer à l'étude pendant leurs heures de travail, alors que ceci était plus difficile pour les participants des autres groupes. De plus, les CSI étant souvent impliqués dans l'évaluation des

compétences des IND, ils étaient habitués à partager leur perception sur ce sujet précis.

À la suite de ce premier tour de recrutement, ce dernier est devenu plus difficile, malgré une présence soutenue sur le terrain de l'étudiant-chercheur, de nombreux courriels de rappel et un recrutement par réseaux grâce aux CSI qui côtoient régulièrement les IND. Il a alors été décidé d'ajouter une compensation pour tous les participants aux entrevues individuelles et aux groupes de discussion, soit un certificat-cadeau de 20\$ à la Brûlerie St-Denis, maison de torréfaction. De plus, l'affiche de recrutement a été rendue disponible sur les réseaux sociaux par le Comité des infirmières et infirmiers du centre hospitalier. Grâce à ces deux moyens, d'autres participants ont été recrutés, soit deux IND, deux précepteurs et un autre professionnel.

Afin de recruter davantage d'IND et de précepteurs, l'étudiant-chercheur, de concert avec ses directrices de recherche et avec le représentant de la DSI faisant office de gardien du milieu, a décidé d'ajouter une troisième unité de soins aigus, ce qui a permis le recrutement d'un autre IND.

### **Collecte de données**

Les données ont été collectées en combinant plusieurs méthodes, permettant une triangulation et favorisant une richesse de données, ce qui augmente la crédibilité et la rigueur en ethnographie (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000). Tout d'abord, des périodes d'observation ont été effectuées sur le terrain; l'étudiant-chercheur a complété un journal de bord avec ses observations et réflexions concernant la culture des unités et les interactions générales entre les individus, selon un guide d'observation développé pour cette étude. Des entrevues individuelles ont été effectuées avec les IND, les précepteurs et les autres

professionnels de la santé. Les CSI ont été rencontrés en groupes de discussion (*focus group*). Les huit compétences sur lesquelles se basent le programme duquel étaient diplômées les IND seront d'abord présentées, puis chaque méthode et outil de collecte de données sera décrit.

### **Questionnaire sociodémographique**

Afin de recueillir des informations pertinentes sur le groupe d'âge, le sexe, la profession, le nombre d'années dans la profession et la période d'orientation des IND, tous les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique (voir Appendice H). Ces informations ont permis de décrire les participants de l'étude et d'analyser leurs réponses en fonction de leur niveau d'expérience dans le milieu et dans la profession. Ces questionnaires étaient remplis avant l'entrevue individuelle ou le groupe de discussion, après avoir signé le formulaire d'informations et de consentement de l'étude.

### **Observation**


Selon de nombreux auteurs, le cœur de tout processus de recherche ethnographique est l'observation du milieu (Creswell, 2007; Fetterman, 2010; LeCompte et Schensul, 1999; Roper et Shapira, 2000; Spradley, 1980). Le chercheur cherche à plonger et s'immerger dans la culture à l'étude, allant jusqu'à prendre part aux activités du milieu. Cette observation peut s'échelonner sur une période assez longue de plusieurs mois jusqu'à quelques années et se fait avec un niveau plus ou moins grand de participation de la part du chercheur, d'où l'appellation d'observation participante (Hesse-Biber et Leavy, 2011; Higginbottom et al., 2013). Spradley (1980) fait état de cette gradation allant de l'observation non participante jusqu'à la participation complète (voir Tableau 6).

En ethnographie ciblée, bien que l'observation soit toujours la pierre angulaire du travail de terrain, elle se situe davantage vers le pôle de l'observation passive ou non participante (Higginbottom et al., 2013). Le chercheur participe peu aux activités du milieu, mais doit néanmoins cultiver un lien de confiance avec les acteurs afin que ceux-ci s'ouvrent à lui (Fetterman, 2010). Ce type d'observation permet d'interagir avec les individus de façon informelle et ainsi comprendre la dynamique du groupe. Il s'agit d'une opportunité pour le chercheur de s'intégrer progressivement à la culture à laquelle il s'intéresse, mais qui pose certains questionnements éthiques lesquels seront discutés à la fin du chapitre.

Dans ce projet, une observation participante passive a permis d'observer les IND et le déploiement de leurs compétences sur une unité de soins aigus, en plus de discuter avec eux et avec d'autres acteurs du milieu. Cette observation a aussi permis de comprendre le fonctionnement d'une unité de soins aigus et de recueillir des informations sur les interactions entre les IND et les différents professionnels présents. Quarante heures d'observation ont été réparties dans les couloirs et les postes infirmiers des trois unités de soins aigus où le recrutement a eu lieu. Les séances d'observation, d'une durée variant entre une et trois heures, se sont déroulées sur les trois quarts de travail (jour, soir et nuit) et sur les trois unités (18h d'observation sur l'unité #1, 10h sur l'unité #2 et 12h sur l'unité #3).

Tableau 6

*Degré d'observation participante (adapté de Spradley, 1980)*

Degré d'implication	Type d'observation	Définition sommaire
Aucune implication	Non participante	Le chercheur n'a aucune interaction avec les acteurs du milieu.
Faible  Élevée	Passive	Le chercheur est principalement spectateur, mais se permet de poser quelques questions aux acteurs du milieu.
	Modérée	Le chercheur participe à quelques occasions à la vie du milieu et se fait accepter par les acteurs; il maintient un équilibre entre l'observation et la participation.
	Active	Le chercheur participe à la vie du milieu pour comprendre le point de vue des acteurs du milieu et non simplement pour se faire accepter.
	Complète	Le chercheur devient un acteur à part entière dans le milieu.

Un guide d'observation a permis de structurer les notes de terrain (voir Appendice I). Il a été construit à partir du cadre de référence de l'étude ainsi que sur les définitions de

compétence et de culture décrites précédemment. Les éléments suivants ont donc été documentés lors de séances d'observation : environnement physique (milieu), activités, comportements, interactions, émotions et réflexions et documentation clinique. Les comportements observés étaient ceux en lien avec un déploiement de compétences, selon les indicateurs du référentiel de compétences de la FSI-UdeM (2010b). Les émotions et réflexions documentées étaient celles démontrées clairement par les participants et observées par l'étudiant-chercheur. L'étudiant-chercheur a pris des notes pendant toutes les séances d'observation et les a complétées au besoin par la suite avec des questions ou des pistes de réflexion pouvant alimenter l'analyse.

### **Conversations informelles**

Pendant les périodes d'observation, il peut être pertinent de discuter avec les acteurs généraux qui se trouvent dans le milieu, fournissant ainsi des informations essentielles pour comprendre le contexte culturel (Fetterman, 2010; Spradley, 1980) et identifier l'influence que peut avoir cette culture sur le déploiement des compétences des IND. Pendant le projet, bien que l'étudiant-chercheur était souvent en retrait pour faire l'observation, il est arrivé qu'il discute avec des acteurs généraux du milieu. Bien que n'étant pas des entrevues structurées, ces conversations ont permis de discuter avec certains infirmiers du milieu de l'étude et, entre autres, présenter le projet, favorisant le recrutement de participants à l'étude. Ces infirmiers donnaient parfois leur opinion spontanément à ce moment et ceci a été documenté dans les notes de terrain.

### **Notes de terrain**

Les notes de terrain permettent de documenter les séances d'observation et les

conversations informelles. Le chercheur peut également y noter ses premières impressions ou réflexions pour alimenter l'analyse des données (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000). Plus spécifiquement, l'étudiant-chercheur a noté dans un cahier ce qu'il a observé ainsi que les conversations informelles. Par la suite, il a retranscrit ces notes dans un fichier informatique pour en faciliter l'analyse. Il notait à ce moment ses réflexions sur ce qu'il avait observé pendant la journée, ou des questionnements à approfondir pour les prochaines séances d'observation ou pour les entrevues.

### **Entrevues individuelles**

Une autre méthode de collecte des données centrale en ethnographie est l'entrevue individuelle, structurée ou semi-structurée. Elle se déroule généralement après que le chercheur ait commencé l'observation depuis un certain temps (Fetterman, 2010), ce qui lui permet d'avoir en tête des éléments facilitant la compréhension des propos des participants. Le chercheur peut alors questionner en profondeur le participant sur le phénomène à l'étude, en lui laissant le temps nécessaire pour s'exprimer (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000).

Dans cette étude, des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées avec trois groupes d'acteurs-clés : les IND, les infirmiers précepteurs et les autres professionnels. Ce choix a été fait afin d'approfondir les connaissances sur l'expérience des IND, le contexte dans lequel elles évoluent, les compétences développées selon le référentiel de la FSI-UdeM (2010b) ainsi que leur façon de les déployer. Deux guides d'entrevue ont été élaborés en utilisant des questions ouvertes qui favorisaient la discussion : un guide pour les IND (voir Appendice J) et un guide pour les infirmiers précepteurs et les autres professionnels (voir Appendice K). Les



questions de ces guides ont été revues et validées par un panel d'experts en formation infirmière. Ces guides étaient basés sur différents éléments du cadre de référence présenté au chapitre 2.

Pendant l'entrevue, l'étudiant-chercheur avait en sa possession le guide d'entrevue et un calepin pour prendre des notes. Le participant avait quant à lui un document présentant les niveaux attendus pour chaque compétence présentée dans le référentiel de compétences du programme (FSI-UdeM, 2010b), auquel il pouvait se référer. Il est à noter que les participants n'avaient pas tous la même connaissance préalable du référentiel de compétences, certains le connaissant très bien et d'autres très peu. Les entrevues commençaient par une question d'ouverture où le participant était appelé à discuter de son parcours professionnel et de son expérience générale dans le milieu. Par la suite, des questions plus spécifiques sur le déploiement de compétences des IND étaient posées, en demandant au participant de donner des exemples concrets. Les participants n'étaient pas tenus de faire de liens explicites entre un comportement et la compétence associée, mais était libre de répondre comme ils le souhaitaient. Les questions suivantes visaient les éléments du milieu qui pouvaient avoir une influence sur le déploiement de compétences, en le facilitant ou le limitant. Finalement, en fermeture, le participant était questionné au sujet des éléments qui étaient manquants dans la formation des IND. Les participants n'avaient pas accès au guide d'entrevue avant la séance.

Onze entrevues individuelles ont été effectuées dont la durée moyenne était de 52 minutes (variant de 35 à 89 minutes). Avant de commencer l'entrevue, le formulaire de consentement a été signé et le formulaire sociodémographique a été rempli. Les entrevues se sont déroulées au moment et à l'endroit choisis par le participant, en général après un quart de travail sur les unités de soins. Elles ont commencé par un rappel du but de l'étude et de la

confidentialité des informations. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur deux enregistreurs audionumériques, puis retranscrites intégralement par une auxiliaire de recherche pour en permettre l'analyse. Cette auxiliaire de recherche a signé une entente de confidentialité. Toutes les retranscriptions ont été vérifiées par l'étudiant-chercheur.

La majorité des entrevues se sont déroulées sur l'unité de soins où travaillait l'acteur-clé, dans un local calme et isolé du bruit. Cependant, les entrevues de plusieurs IND et préceptrices ont été interrompues par des acteurs généraux entrant dans la pièce pour venir y chercher quelque chose. Les entrevues reprenaient dès que la personne était sortie de la pièce. Deux entrevues ont aussi été interrompues par des annonces à l'interphone.

### **Groupes de discussion**

La tenue de groupes de discussion (communément appelé *focus groups* en anglais) est une méthode fréquemment utilisée en recherche qualitative et en ethnographie ciblée, puisqu'elle permet d'obtenir des données de plusieurs acteurs en même temps, de construire une opinion de groupe et de réagir aux perceptions des autres participants (Krueger et Casey, 2009; Roper et Shapira, 2000). Les groupes de discussion sont animés par un modérateur, qui peut être assisté par un observateur prenant des notes des comportements non verbaux des participants. Selon McLafferty (2004), le modérateur doit créer une ambiance agréable qui encourage les participants à s'exprimer sans conséquences négatives. Son rôle est également de relancer la discussion par des questions et des commentaires et de s'assurer que tous les sujets ont été abordés.

Les groupes de discussion sont généralement composés de quatre à douze personnes,

mais peuvent en regrouper aussi peu que deux ou trois (Krueger et Casey, 2009; Onwuegbuzie, Dickinson, Leech, et Zoran, 2009). Plus la taille du groupe augmente, plus il devient difficile pour le modérateur d'animer la discussion et certains participants peuvent ne pas se sentir à l'aise de s'exprimer. Plusieurs auteurs suggèrent de former des groupes homogènes composés de participants ayant certaines caractéristiques en commun, telles que la formation, la profession ou l'âge, afin de créer un sentiment de cohésion dans le groupe (Hesse-Biber et Leavy, 2011; Krueger et Casey, 2009; Onwuegbuzie et al., 2009; Sim, 1998; Sim et Sharp, 1998). Plusieurs facteurs peuvent influencer le nombre nécessaire de groupes afin de répondre aux questions de recherche. Certains auteurs s'entendent pour dire que trois à six groupes sont généralement suffisants (Hesse-Biber et Leavy, 2011; Krueger et Casey, 2009; Onwuegbuzie et al., 2009).

Dans la présente étude, la tenue de groupes de discussion a été préférée pour les CSI, puisque ces acteurs-clés se connaissent déjà très bien et ont une certaine cohésion, faisant déjà partie d'une équipe. Selon leur disponibilité, ils ont été répartis en deux groupes, soit un premier groupe de six participants et un second de deux participants. Le rôle du modérateur a été assuré par l'étudiant-chercheur. Un guide d'entretien a été élaboré à partir du même cadre de référence et utilisé pour encadrer les discussions (voir Appendice L). Avant de commencer les groupes de discussion, le formulaire de consentement a été signé par tous les participants qui ont également rempli le formulaire sociodémographique. La discussion a commencé par un rappel du but de l'étude et de la confidentialité des informations. Cette confidentialité est d'autant plus importante pour un groupe de discussion, puisque pendant la discussion, les participants peuvent apprendre des nouvelles informations qui pourraient porter préjudice à une tierce personne. Les discussions ont été enregistrées sur double support audionumérique afin de permettre la

retranscription complète et l'analyse. Les groupes de discussion ont été retranscrits par la même auxiliaire de recherche que les entrevues individuelles. Les retranscriptions ont été vérifiées par l'étudiant-chercheur.

Un observateur était présent lors du premier groupe de discussion. Il était un collègue de l'étudiant-chercheur connaissant bien le sujet de l'étude et il avait signé une entente de confidentialité avant le début de la discussion. Cette personne a pris des notes tout au long de la discussion sur les échanges verbaux et non verbaux entre les participants et en a fait part à l'étudiant-chercheur lors d'une séance de débriefage tenue à la suite de la discussion. La discussion a été tenue dans un local de réunion près des bureaux des CSI, situé dans un pavillon voisin des unités de soins dans le même centre hospitalier. Elle a duré 89 minutes et a été interrompue par un des CSI qui a reçu un appel et a dû se rendre sur une unité de soins. Puisque le second groupe ne comptait que deux participants, l'étudiant-chercheur a jugé que la présence d'un observateur n'était pas nécessaire. La discussion a également été tenue dans un local de réunion près des bureaux des CSI et a duré 62 minutes, sans interruption. Un CSI travaillant de nuit désirait participer à l'étude, mais puisque ses disponibilités ne concordaient pas avec les autres CSI, il a été décidé de le rencontrer en entrevue individuelle.

### **Journal de bord**

Le journal de bord est un outil utile pour le chercheur qualitatif, car il permet de noter ses pensées, émotions et réflexions en lien avec des situations vécues à n'importe quelle phase dans le processus de la recherche (Fetterman, 2010; Roper et Shapira, 2000). Dans la présente étude, l'étudiant-chercheur a consigné dans son journal de bord ces réflexions, mais également

ses questionnements dont il faisait part à ses directrices de recherche, ce qui lui a permis de garder des traces des discussions et des décisions prises (Fetterman, 2010).

### **Documents de l'établissement de santé**

La consultation de documents provenant de l'établissement de santé et milieu de l'étude est pertinente en ethnographie ciblée puisque ces documents enrichissent la compréhension de l'organisation et du contexte culturel, en plus de fournir de la documentation sur certaines procédures et politiques du milieu (Higginbottom et al., 2013; Roper et Shapira, 2000). Dans la présente étude, les documents remis aux IND et entourant leur arrivée dans le milieu clinique (horaire, accueil, documents explicatifs) ont été consultés, en plus de documents expliquant le rôle et les responsabilités des infirmiers et des infirmiers cliniciens. Le profil de compétences attendu des infirmiers a également été consulté. Tous ces documents permettent de décrire la culture de milieu hospitalier de soins aigus et l'organisation sociale et professionnelle. Le Tableau 7 donne une brève description générale des documents analysés.

Tableau 7

*Documents de l'établissement de santé*

<b>Document</b>	<b>Description générale</b>
Horaire d'intégration	Horaire de la semaine d'accueil et d'intégration des nouveaux employés
Accueil sur l'unité	Liste d'activités à effectuer lors d'une demi-journée d'accueil sur l'unité
Description mentorat	Explication du service de mentorat et des modalités d'inscription
Étapes de pratique réflexive	Explication des étapes d'une activité structurée de pratique réflexive en groupe
Structure du rapport interservices	Explication de la structure préconisée pour le rapport interservices
Exemple de technique de soins : auscultation pulmonaire	Technique de soins décrivant, étape par étape, la façon de réaliser une auscultation pulmonaire
Description de fonction : infirmier	Sommaire des responsabilités, fonctions et activités d'un infirmier
Description de fonction : infirmier clinicien	Sommaire des responsabilités, fonctions et activités d'un infirmier clinicien
Profil de compétences cliniques	Compétences recherchées dans l'établissement de santé et déclinaison de chaque compétence en éléments de compétences. Sert également lors de l'évaluation des nouveaux infirmiers

## **Analyse des données**

La méthode d'analyse utilisée pour le présent projet est celle décrite par Roper et Shapira (2000). Ces chercheuses en sciences infirmières ont élaboré une approche systématique inductive pour l'ethnographie et pertinente lors de recherches en sciences infirmières. Leur méthode comprend cinq étapes d'analyse : (1) codage, (2) regroupement des codes, (3) identification des cas extrêmes, (4) généralisation avec des théories, et finalement (5) utilisation de mémos. Le logiciel QDA Miner (version 4.1.16) a été utilisé pour l'analyse des données de ce projet, puisqu'il permet de coder des données qualitatives et des documents, d'effectuer des regroupements de codes et finalement, parce qu'il offre des commandes d'analyses simples et avancées. Tel que mentionné précédemment, le processus d'analyse a été effectué de façon concomitante et itérative avec la collecte de données. Une validation interjuge a été effectuée avec la directrice de recherche concernant le codage de deux entrevues.

### **Cadre d'analyse : Référentiel de compétences de la FSI-UdeM**

Afin de faire des liens entre les données recueillies et le déploiement de compétences, le référentiel de compétences de la FSI-UdeM (2010b) a été utilisé comme cadre d'analyse. Tel que mentionné au précédent chapitre, ce référentiel donne une définition des huit compétences à développer ainsi que des niveaux d'atteinte : niveau de fin de première année, deuxième année et troisième année. Ces compétences sont présentées brièvement au Tableau 3 de la page 29 et le niveau d'atteinte de fin de troisième année pour chacune des compétences est présenté à l'Appendice G.

## Étape 1 : Codage descriptif

Bien que le processus d'analyse ne soit pas linéaire, la première étape à entreprendre est celle du codage descriptif. À partir des retranscriptions des entrevues individuelles et des groupes de discussion, ainsi que des notes de terrain, l'étudiant-chercheur a codé en segments significatifs l'ensemble des données recueillies (Roper et Shapira, 2000). Ceci a été fait en lisant à plusieurs reprises les retranscriptions. Ces codes étaient de nature descriptive et demeuraient très près des mots et idées utilisés par les participants. Ils ont permis de commencer la réduction des données et de donner un sens aux paroles des participants ainsi qu'aux observations recueillies.

Afin de répondre aux trois questions de recherche, une double analyse a été faite pour chacune des retranscriptions : un premier codage a permis de créer des codes en fonction des questions de recherche #1 et #2 concernant les compétences des IND, et un second codage a permis de créer des codes en fonction des facteurs influençant le déploiement de compétences (question de recherche #3). QDA Miner permet d'associer une couleur à chaque code, donc des couleurs différentes ont été attribuées aux codes, selon la question de recherche à laquelle le code appartenait.

La Figure 2 présente un segment de l'entrevue effectuée avec l'IND-1, tel qu'extrait de QDA Miner. On peut y voir un exemple de codage descriptif, avec des codes qui apparaissent à la droite du texte. En vert, les codes se rapportent aux compétences et à leur déploiement, alors qu'en turquoise, ils se rapportent aux facteurs influençant ce déploiement. Lorsqu'une couleur est attribuée à un code, tout le texte correspondant au code prend la couleur dudit code.



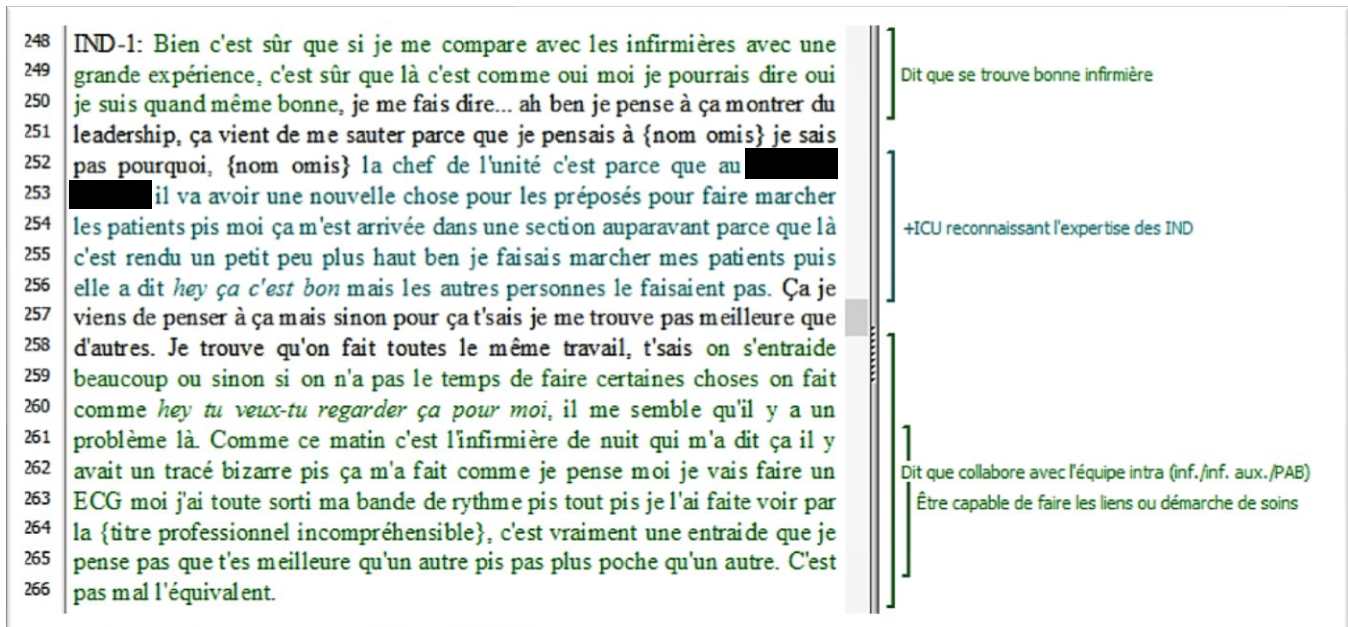


Figure 2. Exemple de codage descriptif provenant de l'entrevue de l'IND-1

## Étape 2 : Regroupement des codes

La seconde étape permet le regroupement des codes en des catégories plus générales afin de voir émerger des similitudes ou des tendances. À cette étape, le chercheur doit s'immerger dans les données en tenant compte des diverses sources afin de procéder au regroupement. Les codes sont regroupés selon leur similarité ou leur appartenance à un événement précis (Roper et Shapira, 2000). À cette étape de l'analyse, on peut également mettre en évidence des disparités ou différences entre des codes. Un processus itératif entre des codes provenant des transcriptions d'entrevues, des codes provenant des notes de terrains (incluant les séances d'observation) ainsi que des documents cliniques a permis de dégager des thèmes et de voir émerger des relations entre les thèmes et les concepts à l'étude (Roper et Shapira, 2000).

Un premier regroupement des codes a été fait afin de les classer selon la compétence à laquelle ils étaient reliés, ainsi que s'ils étaient un exemple positif de la compétence ou de son déploiement (identifié comme « compétence – oui ») ou si l'exemple était négatif (identifié comme « compétence – non »). La Figure 3 présente ce premier regroupement.

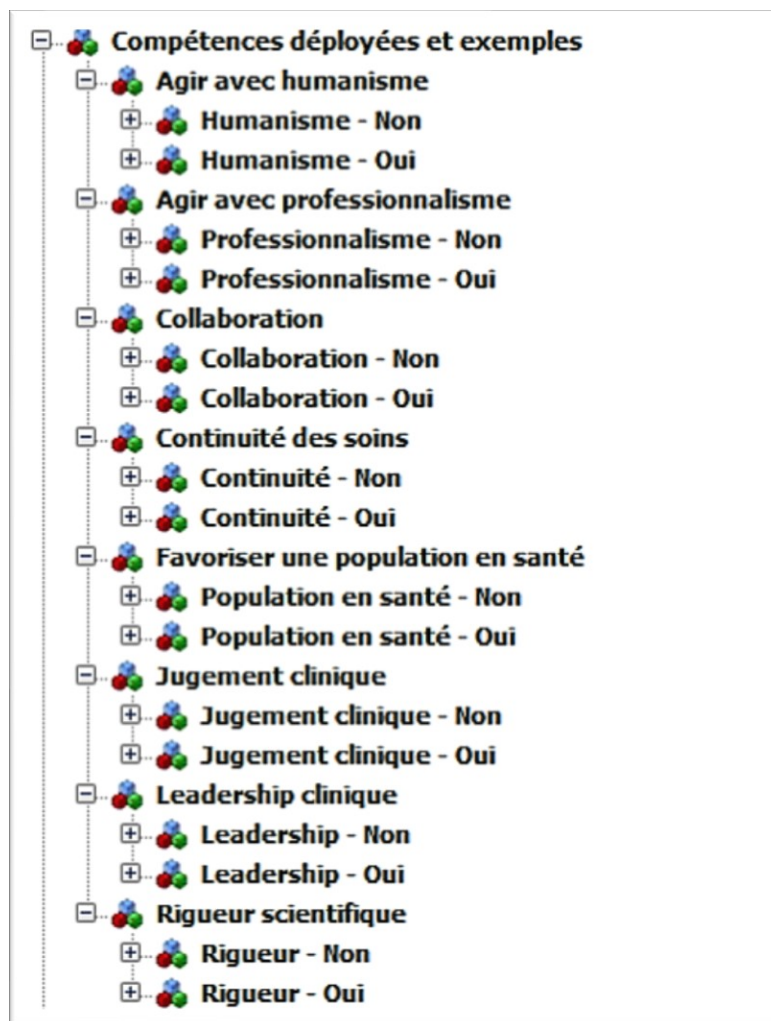


Figure 3. Premier regroupement des codes autour des compétences

Les codes regroupés ont ainsi été revus entièrement et ont été mis en relation les uns avec les autres afin d'identifier des thèmes communs. Cet exercice a été fait à l'aide de matrices d'analyses pour chacune des compétences. Ces matrices ont permis de mettre en lien les codes et de se questionner s'il existait une relation sémantique entre eux. Cette relation a été identifiée par OUI dans la matrice lorsque le code horizontal était en lien avec le code vertical, et par NON lorsque lien était absent. La matrice a également permis de contraster les codes avec leur fréquence et les acteurs-clés liés aux codes, compilé automatiquement par le logiciel QDA miner. Les matrices étaient réalisées dans Microsoft Excel. Finalement, toutes ces informations ont permis d'identifier une première série de thèmes pour chacune des compétences. Un exemple d'une matrice d'analyse des codes liés à la compétence « Agir avec humanisme » se trouve à la Figure 4 à la page suivante.

Agir avec humanisme - "... est en lien avec ..."	Codes														Fréquence de codage											
	Dit que pas d'accompagnement des familles sur le quart de nuit	Dit que difficile d'agir avec humanisme avec certains patients âgés	Dit que difficile de questionner la famille	Dit sentir qu'il lui manque parfois d'acquis	Dit que difficile d'agir avec humanisme avec patients présentant troubles cognitifs	Dit que parfois conflit avec les volontés de la famille	Dit qu'aucun problème à agir avec humanisme, mais que peu de conflits éthiques survenus jusqu'à présent	Dit qu'agir avec humanisme est bien démontré	Dit que capable d'entrer en communication et en relation avec le patient	Dit que capable d'être à l'écoute du patient/présente pour le patient	Dit que capable d'explorer les dimensions psychosociales (incluant famille) avec les patients	Observation de l'IND discutant avec la famille	Dit que se préoccupe des besoins/volontés du patient	Dit que capable d'intégrer la famille	IND-1	IND-2	IND-3	GRUPE CSI-1 à 6	CSI-9	P-2	X-3	Observation 2015-09-13				
Dit que pas d'accompagnement des familles sur le quart de nuit																										
Dit que difficile d'agir avec humanisme avec certains patients âgés	NON																1									
Dit que difficile de questionner la famille	NON	NON																						1		
Dit sentir qu'il lui manque parfois d'acquis	NON	OUI	OUI																							
Dit que difficile d'agir avec humanisme avec patients présentant troubles cognitifs	NON	OUI	NON	OUI																						
Dit que parfois conflit avec les volontés de la famille	NON	OUI	OUI	OUI	OUI																					
Dit qu'aucun problème à agir avec humanisme, mais que peu de conflits éthiques survenus jusqu'à présent	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI																				
Dit qu'agir avec humanisme est bien démontré	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI																			
Dit que capable d'entrer en communication et en relation avec le patient	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI																		
Dit que capable d'être à l'écoute du patient/présente pour le patient	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI																	
Dit que capable d'explorer les dimensions psychosociales (incluant famille) avec les patients	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI																
Observation de l'IND discutant avec la famille	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON															1
Dit que se préoccupe des besoins/volontés du patient	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON														
Dit que capable d'intégrer la famille	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON													
<b>Thèmes</b>																										
Être en relation avec le patient																										
Intégrer la famille																										

Figure 4. Exemple de matrice de codage thématique

À la suite de l'élaboration de matrices pour chacune des compétences, les thèmes dégagés ont été recoupés entre eux pour mettre en évidence les éléments similaires et différents. Ceci a permis de déceler des thèmes plus généraux pour décrire les compétences déployées par les IND et comment elles se déploient, répondant ainsi aux deux premières questions de recherche.

Un second regroupement a été fait pour permettre une analyse plus approfondie des facteurs qui influencent le déploiement de compétences des IND (voir Figure 5). Puisque la collecte de données s'appuyait sur l'observation de situations sociales (tel qu'expliqué en début de chapitre) et que ces situations sociales sont composées de trois éléments, à savoir le milieu, les acteurs et les activités, les facteurs ont été regroupés selon leur lien avec le milieu (donc des facteurs organisationnels) ou avec les acteurs présents dans le milieu (facteurs individuels). Les activités représentant en grande partie le déploiement de compétences des IND (ou d'autres professionnels), aucun regroupement n'a été fait en lien avec cet élément, les codes se rattachant à cet élément étant déjà couverts par le premier regroupement, présenté à la Figure 2.

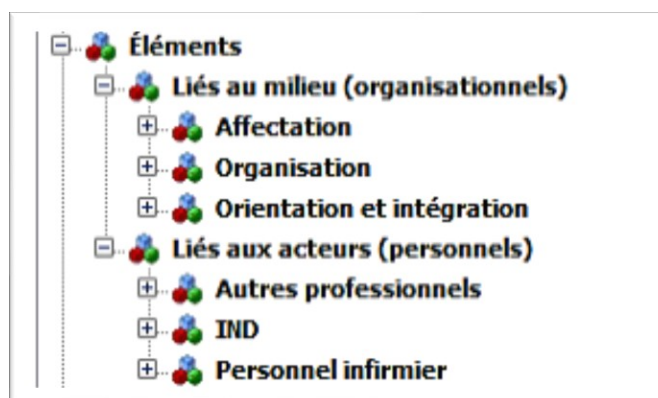


Figure 5. Second regroupement des codes autour des facteurs influençant

Le même exercice de comparaison croisée à l'aide d'une matrice d'analyse a été repris pour les codes liés à chacune des catégories, afin d'en dégager des thèmes plus généraux, répondant à la troisième question de recherche sur les facteurs susceptibles d'influencer le déploiement de compétences des IND.

### **Étape 3 : Identification des cas extrêmes**

Durant les deux premières étapes, il arrive que certaines données semblent isolées (cas extrême ou *outlier*), représentant un cas, une situation, un événement qui ne correspond pas à l'ensemble, mais qui recèle une certaine importance. Ces cas ne doivent pas être écartés de l'analyse, mais plutôt utilisés afin d'expliquer le reste des données ou d'identifier des situations divergentes (Roper et Shapira, 2000). Ils peuvent également permettre d'apporter des clarifications lors des entrevues (Oosterbroeck, 2009). Ceci est cohérent dans le processus holistique qu'est l'ethnographie et avec l'ontologie constructiviste décrite précédemment.

Pendant l'analyse, une attention particulière a été portée sur ces cas extrêmes. Certaines situations divergentes ont été exposées dans les résultats. Des retours fréquents entre les thèmes, les codes et les retranscriptions des entrevues ont été effectués afin de s'assurer que ces données isolées soient prises en contexte.

### **Étape 4 : Généralisation et construction d'une compréhension théorique**

L'étape de généralisation et de construction d'une compréhension théorique permet de faire des liens entre les thèmes et des théories existantes pour répondre aux questions de recherche et discuter des résultats. Cette étape de l'analyse permet également de mettre en

parallèle les résultats avec le cadre de référence de l'étude. Il convient également de faire des liens entre la perspective émique des acteurs et étique du chercheur (Roper et Shapira, 2000).

Les résultats de cette étape sont présentés en discussion, au chapitre 5. En plus de considérer les théories existantes, une recension de la littérature a été effectuée pour discuter des résultats en lien avec les études les plus récentes sur le sujet du déploiement de compétences des IND. Finalement, un travail théorique a été entrepris afin de revoir le cadre de référence de la présente étude à la lumière des résultats. Ce travail est également présenté au chapitre 5.

### **Utilisation de mémos**

Tout au long du processus de collecte de données et d'analyse, le chercheur devrait noter ses idées et réflexions à l'aide de mémos (Roper et Shapira, 2000). Ces éléments peuvent être notés à tout moment pendant l'étude et servent à guider l'analyse. Ces mémos représentent, par exemple, des idées que pense le chercheur pendant les entrevues, des questions qu'il se pose en lien avec les données collectées et qui peuvent lui permettre de pousser sa réflexion lors du processus d'analyse (Creswell, 2007; Roper et Shapira, 2000). Dans ce projet, des mémos ont été écrits pendant les périodes d'observation, les entrevues et les groupes de discussion, ainsi que pendant chacune des étapes de l'analyse des données.

### **Critères de rigueur scientifique**

Lincoln et Guba (1985) ont été parmi les premiers auteurs à suggérer des critères de rigueur en recherche qualitative, afin de répondre aux critiques de nombreux chercheurs qui dénigraient la qualité et la validité de ce type de recherche. Leurs critères (crédibilité,

transférabilité, fiabilité et confirmabilité) étaient une réponse aux critères de rigueur généralement acceptés en recherche quantitative (Patton, 2002), à savoir la validité interne et externe, la fidélité et l'objectivité (Fortin et Gagnon, 2016). Depuis, de nombreux auteurs ont proposé des modifications aux critères proposés initialement par Lincoln et Guba. Creswell (2007) suggère que différents critères peuvent être appropriés pour discuter de la rigueur et de l'authenticité de la recherche qualitative et que le chercheur devrait utiliser les critères avec lesquels il se sent le plus confortable.

En ethnographie, Roper et Shapira (2000) ne mentionnent que deux critères, soit la validité et la fiabilité. Quant à Fetterman (2010), il ne fait pas état de critères spécifiques, mais soulève l'importance de la triangulation des données (ce qui renvoie à la fiabilité) et du processus réflexif du chercheur, faisant référence à la réflexivité, un élément jugé essentiel en recherche qualitative (Fortin et Gagnon, 2016). Reprenant un argument similaire à Creswell (2007), Higginbottom et al. (2013) spécifient que de nombreux critères reconnus de recherche qualitative peuvent être appropriés pour discuter de la rigueur d'une ethnographie.

Considérant ces différents auteurs, un choix a été fait d'utiliser les critères décrits par Patton (2002), soit la rigueur méthodologique, la crédibilité du chercheur et la cohérence philosophique du projet de recherche. Ces critères s'avéraient pertinents avec la posture de l'étudiant-chercheur et le projet de recherche.

### **Rigueur méthodologique**

Ce concept fait référence à la rigueur à chacune des étapes du projet de recherche, de l'intégrité des données recueillies et de l'analyse effectuée par le chercheur (Patton, 2002). Dans



la présente étude, la rigueur méthodologique fut assurée par des rencontres régulières entre l'étudiant-chercheur, la directrice et la codirectrice à chaque étape du processus de recherche. Afin d'assurer la validité des transcriptions d'entrevues et des groupes de discussion, elles ont été entièrement vérifiées par l'étudiant-chercheur avec l'enregistrement audio. Une validation interjuge a été effectuée avec la directrice de recherche concernant le codage de deux entrevues.

De plus, l'utilisation de différents moyens de collecte de données a permis une triangulation, qui constitue un élément important de la rigueur méthodologique (Patton, 2002), mais également de la rigueur en recherche qualitative en général (Higginbottom et al., 2013; Roper et Shapira, 2000). De nombreux extraits d'entrevue (communément appelé verbatim) soutiennent la présentation des résultats au chapitre 4. La taille de l'échantillon ainsi que les périodes d'observation ont été déterminées par la notion de saturation de données. L'étudiant-chercheur a également rédigé un journal de bord tout au long du projet de recherche afin de consigner ses réflexions concernant l'étude, sa position en tant que chercheur et l'influence de sa position sur les données recueillies, témoignant d'une réflexivité transparente.

### **Crédibilité du chercheur**

Le second concept proposé par Patton (2002) concerne la crédibilité du chercheur, son intégrité intellectuelle et son expérience pertinente avec la problématique. Dans ce projet, l'étudiant-chercheur en était à sa première étude en tant que chercheur. Cependant, il possédait une grande expérience terrain en recherche clinique, ayant été infirmier de recherche clinique dans un centre hospitalier : développement de protocoles et de formulaire de consentement, collecte de données et aspects éthiques, pour ne nommer que ceux-ci. Afin de le guider dans les

aspects conceptuels et l'analyse, il était supervisé par deux directrices. La directrice principale possédait une grande expérience en recherche qualitative et dans la tenue de groupes de discussion et d'entrevues individuelles, la codirectrice avait une expertise en ethnographie en sciences infirmières. Cette codirection a permis d'enrichir les discussions et réflexions à chacune des étapes du projet de recherche. L'étudiant-chercheur a également participé à divers congrès, ateliers et formations afin d'approfondir et de raffiner ses connaissances en ethnographie et en analyse qualitative, en plus de s'engager dans un processus d'authenticité et de respect, en lien avec l'intégrité intellectuelle.

### **Cohérence philosophique**

Le troisième et dernier critère de rigueur est la cohérence philosophique entre les choix méthodologiques et la position paradigmatique et philosophique du chercheur (Patton, 2002). Il s'agit ici d'assurer une cohérence à travers les différentes étapes du projet, mais surtout entre les concepts phares de cette étude et le cadre de référence. Dans cette étude, une réflexion paradigmatique a été entreprise tôt dans l'élaboration du projet, ce qui a mené à la conception du cadre de référence présenté au chapitre 2. Cette réflexion a été poursuivie par l'énoncé de la position ontologique et épistémologique de l'étudiant-chercheur en ouverture de ce présent chapitre. De plus, les définitions des concepts de compétence et de culture sont cohérentes avec la position constructiviste énoncée et les fondements du cadre de référence. Tout au long de la collecte des données, l'étudiant-chercheur a adopté une position d'apprenant et de respect des opinions des acteurs, respectant ainsi sa position philosophique constructiviste.

## Considérations éthiques

Les principales considérations éthiques de ce projet sont liées à la confidentialité des données et à l'observation dans le milieu. La participation dans ce projet de recherche n'a causé aucun préjudice quant à la pratique des IND, des précepteurs, des CSI infirmiers et des autres professionnels de la santé.

L'approbation scientifique de la FSI-UdeM ainsi que l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'établissement de santé ont été obtenues pour mener à bien ce projet (numéro de projet 15.056). Un amendement au protocole (amendement 1; voir Appendice M) a été soumis et approuvé par le comité d'éthique. Cet amendement visait l'ajout de la compensation décrite précédemment à la section « Recrutement ». Tous les participants qui avaient été recrutés avant cet amendement ont également reçu cette compensation.

Les données écrites recueillies pendant l'étude (incluant le journal de bord, les notes de terrain, les retranscriptions des entrevues et groupes de discussion et les analyses) ainsi que les enregistrements audionumériques des entrevues et groupes de discussion seront conservées sous clé par l'étudiant-chercheur pour une période de sept (7) ans, soit la durée de conservation exigée par l'Université pour ce type d'étude. Ces délais ont été mentionnés et acceptés par le comité d'éthique de l'établissement de santé lors de la soumission initiale du projet. Ces délais dépassent également les exigences de l'organisme subventionnaire du projet, qui exige une période minimale de conservation des données de cinq (5) ans.

## Consentement

Comme stipulé dans l'Énoncé de politique des trois Conseils (2014), le consentement libre et éclairé de tous les participants à un projet de recherche doit normalement être obtenu avant de pouvoir collecter des données. Par contre, certaines exceptions peuvent être acceptées. Parmi celles-ci, notons les études par observation, sous certaines conditions précises.

Dans ce projet, quatre groupes d'acteurs-clés ont été rencontrés. Avant de participer aux entrevues et groupes de discussion, tous les participants ont signé le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de l'établissement de santé. Le formulaire précisait la durée de l'étude et l'engagement demandé aux participants, en plus de réitérer que la participation était volontaire et que le retrait était possible en tout temps, sans que cela cause préjudice au participant. Deux versions du formulaire de consentement ont été produites : la version originale (datée du 27 mai 2015 et approuvée le 1<sup>er</sup> juin 2015; voir Appendice N) ainsi que la version de l'amendement 1 (datée du 3 décembre 2015 et approuvée le 8 décembre 2015; voir Appendice O). Les participants ayant été recrutés avant l'amendement n'ont pas eu à signer le nouveau formulaire de consentement puisque le seul ajout était la compensation, qu'ils ont également reçue.

Outre les participants aux entrevues et groupes de discussion, les professionnels de la santé travaillant sur les unités de soins où se déroulait l'étude ont également été observés. Aucun consentement n'a été sollicité auprès de ces personnes, car l'observation générale du milieu comporte tout au plus un risque minimal et ne cause aucun préjudice à la confidentialité et à la vie privée. Aucun renseignement personnel permettant l'identification n'a été recueilli à propos

de ces individus, ni dans les notes de terrain, ni dans le journal de bord du chercheur. Les éléments observés étaient l'ambiance générale dans le milieu et l'environnement de travail. Les activités observées se déroulaient normalement dans le milieu et n'avaient pas été orchestrées spécifiquement pour les besoins du projet de recherche.

En ce qui concerne les patients, lorsque l'observation se déroulait en leur présence, ces derniers ont été informés de l'étude et ont donné un consentement verbal. Il n'était pas prévu de recueillir de données sur les patients ni de les questionner sur les compétences des IND. Encore une fois, le risque était minimal et ne comportait aucun préjudice à la confidentialité et à la vie privée de ces patients.

### **Vie privée et confidentialité des participants**

Afin de préserver la confidentialité des participants, aucun nom ne figure dans les notes de terrain, le journal de bord ou les transcriptions des enregistrements. Aucune photographie ni aucun enregistrement vidéo n'ont été obtenus dans ce projet. Les enregistrements audionumériques ont été écoutés seulement par l'étudiant-chercheur ainsi que la personne qui en a fait la transcription. Cette personne a signé une entente de confidentialité avant de débiter la retranscription. Un identifiant unique pour chaque participant a été utilisé; il est composé de lettres et d'un chiffre (p. ex., pour les IND, IND-1; pour les précepteurs, P-1; pour les CSI, CSI-1 et pour les autres professionnels, X-1). La liste de correspondance est conservée dans un fichier chiffré dont seul l'étudiant-chercheur connaît le mot de passe, pendant une durée de sept ans, puis détruite au même moment que l'ensemble des données écrites.

Lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion, une attention particulière

a été portée afin de ne pas causer préjudice aux participants ou aux IND dont il était question. À cet effet, en tant que modérateur, l'étudiant-chercheur a réitéré au début de chaque entrevue et groupe de discussion que les sujets discutés étaient de nature confidentielle, comme spécifié également dans le formulaire de consentement que les participants avaient signé, et que les conversations devaient demeurer respectueuses et professionnelles, ce qui a été le cas.

## **CHAPITRE 4**

## **RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats de l'étude en quatre sections. La première fournit un tableau général de certains éléments de la culture de milieu hospitalier de soins aigus. La seconde esquisse un portrait de chacun des quatre groupes de participants. La troisième section présente les résultats liés aux deux premières questions de recherche, à savoir les compétences déployées et les caractéristiques de ce déploiement. Finalement, la dernière section décrit les facteurs susceptibles d'influencer le déploiement de compétences des IND, répondant ainsi à la troisième question de recherche.

### **Description générale de la culture de milieu hospitalier de soins aigus**

Tel que mentionné au chapitre précédent, il importe de décrire en profondeur la culture de milieu hospitalier de soins aigus afin de mettre en perspective les résultats. Cette section présente donc une description générale de cette culture, avant de présenter les résultats apportant une réponse aux trois questions de recherche. Certaines facettes spécifiques de la culture du milieu hospitalier de soins aigus seront présentées, telles que décrites par les acteurs-clés et observées par l'étudiant-chercheur : il s'agit du programme d'orientation dans lequel les IND sont accueillis, de l'environnement physique et de l'organisation sociale et professionnelle. Puisque tous les participants à l'étude sont des femmes et afin de refléter la prédominance féminine de la profession infirmière, le féminin sera utilisé dans les sections suivantes pour désigner les participants.

### **Programme d'accueil et d'orientation**

Lors de leur embauche dans l'établissement de santé, les IND sont accueillies par une



équipe dont l'objectif est de favoriser leur intégration au sein des unités de soins. Cette équipe est composée d'infirmières ayant différentes fonctions : une chef de secteur en évaluation et suivi de compétences, des CSI assignées à l'accueil et à la formation, d'autres CSI assignées au soutien clinique et finalement des infirmières préceptrices sur les unités de soins. Au moment de l'embauche dans l'établissement de santé, les IND indiquent leurs préférences en ce qui concerne le domaine de soins (par exemple, médecine ou chirurgie), la spécialisation (par exemple, la neurologie) et le quart de travail. Elles sont affectées à une unité pour la période d'orientation de 19 jours, suivi d'une période de probation de trois mois. Une attention particulière est portée lors de l'affectation afin de respecter, dans la mesure du possible, la préférence indiquée par l'IND lors de l'embauche. La période d'orientation débute par un accueil par le personnel de la Direction des ressources humaines qui présente les aspects administratifs liés à l'emploi. Par la suite, les IND assistent à une formation théorique de deux jours dans un local du milieu hospitalier ressemblant à une salle de classe. Pendant ces journées, elles participent à une alternance d'activités basées sur des MEA actives et de présentations théoriques afin de discuter d'éléments théoriques et techniques essentiels pour leur pratique : rôle de l'infirmière, manipulation des pompes volumétriques utilisées dans le milieu, installation de cathéter court pour les thérapies intraveineuses, réanimation cardio-respiratoire et prévention des infections, pour ne nommer que ceux-ci.

À la suite de ces journées de formations, les IND se rendent sur l'unité de soins où elles ont été affectées pour y effectuer une demi-journée d'observation, afin de se familiariser avec l'environnement physique, rencontrer le personnel et observer l'interaction entre les différents professionnels. Chaque IND est jumelée à une infirmière de l'unité et peut ainsi observer la

routine et la façon de travailler de cette infirmière, en plus de consulter les dossiers de patients et de s'initier aux ressources informatiques. On remet aux IND une liste de matériel et d'outils à localiser (par exemple, le chariot à code bleu, les contentions physiques et le tableau de compatibilité des médicaments injectables) et elles doivent s'assurer que leurs accès informatiques fonctionnent. À la suite de cette familiarisation, les IND reviennent en salle de classe pour discuter des activités observées et effectuées, en plus de faire d'autres activités théoriques et pratiques (par exemple, le rôle de l'infirmière travaillant en dyade avec une infirmière auxiliaire, la pratique réflexive et le retrait de cathéters centraux). Cet accueil, incluant la rencontre avec le personnel de la Direction des ressources humaines, la familiarisation sur l'unité et les activités d'apprentissage, se déroule habituellement sur cinq jours.

Après ces cinq journées, les IND poursuivent leur période d'orientation sur l'unité assignée. L'objectif de cette période est d'intégrer les nouvelles infirmières à l'unité de façon progressive, en les jumelant avec des infirmières préceptrices. Celles-ci offrent un soutien dans l'apprentissage de la routine de l'unité. Cette routine, qui peut différer selon l'unité et le quart de travail, inclut l'ordre des interventions effectuées par les infirmières et les autres professionnels, ainsi que les spécificités de chaque unité ou quart de travail. Par exemple, sur plusieurs unités, les quarts de jour et de soir débutent par la prise de glycémie capillaire et d'autres signes vitaux, puisque le repas est servi rapidement. Durant le quart de travail de jour, la routine peut inclure la préparation des médicaments, la préparation des patients en vue d'un examen ou des discussions interprofessionnelles avec d'autres intervenants (par exemple, un ergothérapeute ou un physiothérapeute), ces activités se déroulant majoritairement le jour. Ce

programme d'orientation est présenté comme ayant une durée officielle de 19 jours, mais pouvant être prolongé de quelques journées au besoin. Officiellement flexible, il est jugé comme étant trop rigide par des participantes de tous les groupes. Certaines ne le jugent ni adapté aux besoins de chaque IND, ni aux particularités de chaque unité de soins.

Pendant l'orientation, les IND apprennent à assumer la responsabilité des soins d'un nombre de patients de plus en plus important pour qu'au terme de cette période, elles soient en mesure de prendre les mêmes responsabilités qu'une autre infirmière. Cette période est majoritairement effectuée sur le quart de jour, mais si l'IND est affectée au quart de soir ou de nuit, elle aura quelques journées d'orientation de soir ou de nuit. Bien que l'orientation soit officiellement faite par une infirmière préceptrice, toute l'équipe a un rôle à jouer afin de soutenir le tandem préceptrice-préceptorée. Comme le mentionnent plusieurs participantes, la façon dont l'IND est accueillie puis intégrée à l'équipe de soins peut avoir une grande influence sur le déploiement de ses compétences. Il arrive que certaines infirmières préceptrices ou équipes de travail n'accueillent pas favorablement la venue d'une nouvelle infirmière à orienter pour différentes raisons, bien que ceci ne soit pas fréquent. Parmi ces raisons, notons que certaines infirmières préceptrices soient contraintes d'orienter, malgré un désintérêt de leur part ou un manque de compétences en encadrement. De plus, certaines unités ont un roulement de personnel plus important, ce qui, aux dires de certaines participantes de l'étude, épuise les préceptrices qui se trouvent alors à orienter continuellement.

Afin de les soutenir dans le développement de leurs compétences d'encadrement, les infirmières préceptrices bénéficient d'un programme de formation spécifique développé par l'établissement de santé. Ce programme combine un contenu théorique avec des exercices de

simulation, permettant aux préceptrices de mettre en pratique et de recevoir de la rétroaction sur des interventions d'encadrement (par exemple, le questionnement ou la rétroaction). Bien qu'il ne soit pas obligatoire, toutes les infirmières préceptrices sont encouragées à suivre le programme.

Deux évaluations de suivi de compétences des IND sont effectuées pendant la période d'orientation : une première évaluation à la mi-parcours et une seconde à la fin. Ces évaluations sont normalement faites conjointement par l'infirmière préceptrice, l'ICU et la CSI assignée à cette unité. Dans le cas où une IND ne répondrait pas aux attentes à l'évaluation de fin d'orientation, divers scénarios sont possibles selon la décision des évaluateurs. Parmi ces scénarios, l'ICU pourrait permettre à l'IND de poursuivre sa période de probation et d'être réévaluée à la fin de celle-ci, l'IND pourrait se voir ajouter des journées en préceptorat, l'IND pourrait retourner en salle de classe pour quelques journées d'activités pratiques et théoriques, ou encore l'IND pourrait être congédiée.

Lorsque la période d'orientation est terminée, l'IND débute alors sa période de probation de trois mois au terme de laquelle elle obtient la permanence dans l'établissement de santé. La période de probation se déroule habituellement sur la même unité que la période d'orientation. À la suite de la période de probation, l'IND est alors affectée à l'équipe volante où elle peut être appelée à travailler chaque jour sur une unité de soins et un quart de travail différents, selon les besoins de l'établissement de santé. Lorsqu'une unité nécessite une infirmière de l'équipe volante de façon régulière, cette infirmière peut être affectée de façon temporaire à cette unité, même si elle demeure officiellement sur l'équipe volante. Une infirmière de l'équipe volante peut aussi poser sa candidature sur tout affichage de poste disponible et ainsi obtenir un poste

sur une unité de soins. Selon la convention collective de travail, ces postes en affichage sont attribués selon l'ancienneté.

## **Environnement physique**

Bien que les unités de soins de l'établissement de santé ne soient pas toutes identiques, beaucoup d'éléments similaires peuvent être identifiés. En entrant sur une unité, on se trouve au centre de celle-ci, près du poste infirmier, avec un long couloir de part et d'autre où se trouvent les chambres des patients. La majorité des chambres comptent deux lits, mais d'autres ont un ou quatre lits. Le poste infirmier est un endroit bien éclairé où se trouvent en quasi-permanence un commis intermédiaire et l'assistante-infirmière-chef (AIC). On y trouve également de nombreux ordinateurs, puisque les dossiers des patients sont maintenant en partie informatisés et que de nombreuses ressources pour le personnel se trouvent sur des plateformes informatiques (par exemple, les techniques de soins). Devant le poste, des tableaux indiquent la répartition des patients selon les infirmières ainsi que le niveau de risque de chutes des patients. Cette répartition est anonymisée; seuls les numéros de chambres apparaissent au tableau.

Tout près du poste infirmier se trouve une salle remplie de matériel utile pour les soins (pansements, solutés, tubulures, etc.), de réfrigérateurs pour les médicaments et autres produits nécessitant une réfrigération, ainsi que des affiches d'informations cliniques, telles qu'un tableau de compatibilité des médicaments injectables ou une liste des activités autorisées pour les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), le titre réservé aux infirmières ayant terminé leur formation initiale, mais n'ayant pas encore obtenu leur permis de pratique professionnelle de l'OIIQ. Adjacent à cette salle se trouve une salle pour le matériel utilisé par

les préposés aux bénéficiaires, comme le surplus de literie et les bassins de lit.

Dans les couloirs menant aux chambres des patients, on trouve énormément de matériel disposé sur des chariots, des chaises d'aisance et des tensiomètres, de façon à ce que les personnels infirmiers y aient rapidement accès et n'aient pas à retourner dans les salles de matériel au centre de l'unité. Ceci est utile et apprécié du personnel, mais visuellement, ces chariots encombrant les couloirs, dont la largeur se trouve réduite. Bien que la largeur reste suffisante pour laisser passer une civière ou un lit, il arrive que cela ne soit plus le cas, lorsque des chariots sont disposés de chaque côté du couloir. Sur les murs, on retrouve des affiches, tantôt vieilles et déchirées, tantôt en parfait état. Le type d'affiches varie, allant de l'affiche scientifique de transfert de connaissances à l'affiche générale informant les patients et leur famille des services offerts sur l'unité, accompagnée de dépliants. Aux extrémités des couloirs se trouvent parfois des fenêtres laissant entrer la lumière extérieure. Il y a quelques lavabos dans les couloirs, ainsi que des bouteilles de gel antiseptique à l'entrée de chaque chambre.

Les chambres de patients sont standardisées; on y trouve d'un à quatre lits, un meuble de chevet, un fauteuil pour chaque patient ainsi qu'une table roulante. On trouve également une toilette privée adaptée pour une personne avec des problèmes de mobilisation. Lorsque deux lits se trouvent dans la chambre, les infirmières et autres professionnels sont un peu à l'étroit pour effectuer certaines manœuvres entre les deux lits ou entre le lit et le mur.

Selon les unités, une ou deux salles sont accessibles pour les autres professionnels de la santé afin de consulter les ressources informatiques ou discuter de situations cliniques à l'écart. Ces salles se trouvent tout près du poste infirmier, favorisant ainsi la collaboration

interprofessionnelle. Une autre pièce donnant l'impression d'être une extension du poste infirmier se trouve également tout près, pièce qui peut être utilisée par les infirmières qui encadrent des stagiaires par exemple. Tout près de l'entrée de l'unité ou au bout d'un couloir se trouve un salon du personnel, où les employés peuvent déposer leurs effets personnels et prendre leurs pauses. Dans cette salle se trouve des babillards afin de diffuser de l'information. Finalement, l'ICU a également son bureau sur l'unité. Il est normalement situé près du poste infirmier ou en bout de couloir.

### **Organisation sociale et professionnelle**

La gestion des ressources humaines, matérielles et financières d'une unité de soins est assurée par une ICU. Celle-ci participe au processus d'embauche des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ainsi qu'à leur évaluation et suivi de compétences. Elle doit également s'assurer de la sécurité des soins donnés et de la formation adéquate de tous les professionnels intervenant sur l'unité. L'ICU a la responsabilité de mettre en place sur son unité une atmosphère propice à l'opérationnalisation de la philosophie de soins et des politiques adoptées par la haute direction. Bien que la philosophie et les politiques soient les mêmes pour toutes les unités, on sent un climat différent qui se dégage de certaines unités. À ce sujet, les acteurs-clés précisent que cette différence s'explique par l'intensité des soins et les types de clientèles, par le style de leadership et la vision de l'ICU et de ses AIC sur les objectifs à moyen et long terme pour l'unité, ainsi que par l'attitude des médecins travaillant sur cette unité.

L'ICU est aidée dans son travail quotidien par des AIC qui s'assurent de la gestion des ressources humaines sur chaque quart de travail, en répartissant la charge de travail entre les

infirmières présentes. Elle joue aussi le rôle de personne-ressource clinique pour l'équipe de soins infirmiers et tous les autres professionnels en ayant une vision macroscopique de l'unité pendant un quart de travail. Finalement, un commis intermédiaire est habituellement présent pendant une partie de la journée et de la soirée pour effectuer des tâches cléricales (préparation de dossiers, envoi de télécopies, etc.), faire le lien avec les autres unités de l'établissement de santé et accueillir les visiteurs sur l'unité de soins.

L'organisation du travail est divisée en quarts de travail de huit heures, qui peuvent être de jour (07h45-15h45), de soir (15h45-23h45) ou de nuit (23h45-07h45). Il peut arriver que des infirmières aient des horaires différents de ces quarts traditionnels, tels que des quarts décalés (11h45-19h45) ou allongés (23h45-11h45 ou 11h45-23h45). Chaque infirmière est responsable de plusieurs patients; le nombre varie selon le quart de travail, la condition de chaque patient et les admissions ou les départs de la journée. Généralement, les infirmières ont moins de patients durant le quart de jour, un peu plus lors de celui du soir, et davantage pendant le quart de nuit.

Au Québec, la formation initiale pour devenir infirmière membre de l'OIIQ peut être faite dans le réseau collégial (le programme étant appelé une technique collégiale en soins infirmiers) ou dans le réseau universitaire (le programme étant alors appelé un baccalauréat en sciences infirmières). Les deux programmes donnent accès au titre d'infirmière, mais celles détenant une formation universitaire sont appelées infirmières cliniciennes. Une passerelle existe pour qu'une infirmière détenant un diplôme collégial puisse poursuivre sa formation au niveau universitaire et obtenir le titre d'infirmière clinicienne. Selon des documents administratifs du milieu clinique, les responsabilités professionnelles de l'infirmière clinicienne sont plus nombreuses que celles des infirmières détenant un diplôme de formation collégiale.



L'infirmière clinicienne peut se voir attribuer des responsabilités supplémentaires en termes de coaching, de collaboration à la recherche et à l'enseignement, en plus de participer à certains projets spéciaux ponctuels. Ces responsabilités supplémentaires sont à la discrétion de l'ICU.

Au Québec, une IND peut pratiquer dès qu'elle obtient un diplôme de formation initiale, mais son permis de pratique sera restreint jusqu'à ce qu'elle réussisse l'examen professionnel de l'OIIQ. Tel que précédemment mentionné, les IND porte le titre le CEPI pendant cette période entre la diplomation et la délivrance du permis, qui dure normalement 5 à 6 mois et qui est bien définie et encadrée par des obligations légales et déontologiques (OIIQ, 2017a). Pendant toute cette période de pratique en tant que CEPI, toujours selon l'OIIQ (2017a), l'IND doit « exercer sous la supervision d'une infirmière qui est présente dans l'unité de soins [...] en vue d'une intervention rapide auprès du patient, afin de l'évaluer ou afin d'assurer une réponse rapide à vos demandes ». Certaines activités ne lui sont pas permises, comme initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (OIIQ, 2017a, 2017b), puisque celles-ci impliquent un processus décisionnel basé sur l'évaluation d'une infirmière détenant un permis de pratique valide. Pendant cette période, les IND devraient donc être jumelées ou, du moins, toujours avoir accès à des infirmières plus expérimentées afin de confirmer les résultats de leurs évaluations et de leur jugement clinique. Ce soutien est nécessaire afin que les IND s'approprient progressivement leur nouveau rôle.

Pour prendre soin des patients, les infirmières sont parfois jumelées avec une infirmière auxiliaire qui a un champ de compétences différent de l'infirmière, mais qui peut contribuer à plusieurs soins et techniques, incluant la prise de signes vitaux, la distribution de médicaments *per os* et l'injection de certaines substances; on parle alors d'un travail en dyade. Des préposés

aux bénéficiaires complètent l'équipe de soins intraprofessionnelle et contribuent à assurer la mobilisation des patients, les soins d'hygiène et la distribution des repas.

Pendant le quart de travail de nuit (23h45-07h45), les unités sont plutôt calmes et les infirmières révisent les dossiers. Certains soins sont donnés, mais la priorité est donnée au sommeil des patients, à moins de situations d'urgence. Sur certaines unités, l'infirmière de nuit peut avoir jusqu'à 14 patients sous sa responsabilité. L'infirmière assure la sécurité des patients en effectuant des tournées régulières au cours de la nuit. Vers 5h, les infirmières et préposés aux bénéficiaires font leur tournée matinale, puisque certaines évaluations, telles que la prise de signes vitaux, doivent être effectuées avant la fin du quart de nuit.

Peu avant le début du quart de travail de jour (07h45-15h45), on sent une légère frénésie sur l'unité de soins. Les infirmières de nuit terminent leurs notes d'évolution au dossier des patients, discutent des principaux changements de chaque patient avec l'AIC, puis se préparent à donner leur rapport interservices aux infirmières qui prendront la relève. Ce rapport est structuré selon la méthode IDÉA (Identification-Diagnostic-Évaluation-Action). L'infirmière débute en identifiant le patient; elle énumère ensuite ses diagnostics, antécédents, interventions récentes et problèmes pertinents et poursuit avec l'évaluation pertinente des systèmes, spécifiant toute détérioration ou amélioration significative; elle termine par les actions à venir ou recommandations pour la suite de l'hospitalisation du patient. L'infirmière de nuit doit donner un rapport à plus d'une collègue, puisque les infirmières de jour ont la responsabilité de moins de patients chacune. Lorsque les rapports sont terminés, l'équipe de nuit quitte l'unité de soins. Sur certaines unités, l'ICU arrive tôt pour avoir l'occasion de discuter avec l'équipe de nuit et connaître les événements importants qui se seraient produits pendant le quart de travail.

Pendant la journée, une atmosphère calme, mais occupée, se dégage. On ressent une sorte d'effervescence, et ce, même en l'absence de situation d'urgence. Outre l'équipe intraprofessionnelle d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, d'autres professionnels de la santé sont présents sur l'unité, entre autres médecins, inhalothérapeutes, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et infirmières stomothérapeutes. Dans les couloirs, on voit les divers professionnels interagir et discuter des situations cliniques spécifiques des patients, témoignant de collaboration interprofessionnelle. On entend des cloches d'appel de patients, répondues habituellement rapidement par les préposés. On entend le commis intermédiaire faire des annonces lorsque des patients sont attendus pour des examens ou en reviennent. Quelques patients ont des visiteurs. Des groupes de stagiaires en soins infirmiers sont également présents sur l'unité, provenant autant du baccalauréat en sciences infirmières que de la technique collégiale en soins infirmiers, en même temps, sur une même unité. Lorsque les infirmières ne sont pas occupées avec des patients, elles reviennent au poste pour compléter leurs notes, chercher des informations dans les ressources informatiques ou discuter entre elles ou avec l'AIC. Ces discussions sont parfois professionnelles, parfois plutôt personnelles.

La frénésie ressentie juste avant le début du quart de jour reprend en fin d'après-midi, avant le début du quart de soir. Les membres de l'équipe de soir arrivent un à un, et une atmosphère très collégiale est perceptible, les gens se saluant et discutant de sujets de la vie quotidienne. Les infirmières de jour discutent tour à tour avec l'AIC des principaux changements pour chacun de leurs patients. Lorsqu'arrive 15h45, les infirmières donnent le rapport interservices aux infirmières de soir.

Pendant le début du quart de travail de soir (15h45-23h45), on ressent encore l'effervescence de la journée, mais celle-ci diminue alors que les autres professionnels de la santé terminent leurs tournées et consultations. Les infirmières de soir révisent les dossiers et effectuent leur première tournée, allant saluer leurs patients et possiblement prendre les signes vitaux ou effectuer d'autres soins. L'ICU discute avec l'équipe de soir avant de quitter l'unité. Pendant la soirée, plusieurs patients reçoivent des visiteurs. Sur certaines unités, les horaires de visite sont limités tandis que sur d'autres, le patient peut bénéficier de la présence d'une personne significative en tout temps. Lorsque la période des visites est terminée, une infirmière en fait l'annonce sur l'unité. La fin de soirée est généralement calme, les patients se préparant pour le sommeil et les infirmières distribuant les médicaments du coucher avant de retourner au poste pour compléter leurs notes d'évolution au dossier de leurs patients. Lorsque l'équipe de nuit arrive, l'unité est généralement très calme.

### **Portrait des participantes**

Cette section décrit le portrait des participantes à l'étude, d'abord en décrivant leurs caractéristiques sociodémographiques, puis en détaillant de façon plus personnelle leur histoire. Pour les participantes du groupe 1 (IND), un portrait sera fait de chaque participante alors que pour les trois autres groupes à l'étude, il s'agira plutôt d'une description de groupe plus globale. Cette décision a été prise afin de bien comprendre le point de vue de chaque IND et de leurs débuts de pratique professionnelle, ce qui permettra par la suite de contextualiser les résultats obtenus à la suite des entrevues avec tous les acteurs-clés. Afin de rendre les portraits plus vivants, un nom fictif a été donné aux participantes. Pour faciliter l'association de la participante au groupe à l'étude, le nom fictif des IND débute par un I, celui des infirmières préceptrices par

un P, celui des CSI par un C et finalement, le nom fictif des autres professionnelles débute par un A. Enfin, le Tableau 8 de la page 121 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques des participantes.

### **Caractéristiques des IND (groupe 1)**

Quatre IND ont participé à l'étude. Deux ont entre 20 et 25 ans alors que les deux autres ont entre 26 et 30 ans. Les quatre exercent la profession depuis la fin de leurs études et sont diplômées depuis 12 mois en moyenne (minimum 11 mois et maximum 16 mois). Trois des quatre IND cumulent déjà des expériences à titre de préceptrices; l'IND n'en possédant pas est celle qui n'a que 11 mois d'expérience. L'IND ayant 16 mois d'expérience a cinq expériences de préceptorat, qui était défini comme l'encadrement d'un stagiaire ou d'une autre IND.

### **Portrait de chaque IND**

Pour mieux comprendre l'expérience de chaque IND, une description plus détaillée de leurs débuts de pratique professionnelle est présentée, mettant ainsi en contexte les données recueillies par les entrevues, les questionnaires sociodémographiques ainsi que l'observation.

#### ***IND-1 : Isabelle***

Isabelle a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières il y a 16 mois. Elle a facilement été engagée et a obtenu un poste dans l'établissement de santé puisqu'elle y avait fait son externat. Pour les périodes d'orientation et de probation, elle a demandé à être assignée à l'unité de soins qu'elle connaissait déjà, celle où elle avait effectué son externat l'année précédente, et d'y être affectée sur le quart de travail de soir, puisqu'elle connaissait cette équipe de soins. Elle

a été affectée à l'unité qu'elle souhaitait, sur les quarts de travail de jour et de soir.

Au début de sa période d'orientation, Isabelle juge qu'elle a perdu un peu ses habiletés techniques dans la dernière année de formation à l'université, mais elle se sent à l'aise puisqu'elle sait que ses habiletés reviendront rapidement en pratiquant. Elle ressent beaucoup de stress en lien avec la charge de travail et le nombre de patients à prendre soin, mais le fait de connaître l'équipe et de se sentir acceptée l'aide à gérer ce stress, puisqu'elle sait qu'elle peut compter sur l'entraide de ses collègues en cas de besoin, et ce, même si elles sont très occupées.

Après une période de probation de trois mois, Isabelle se retrouve sur l'équipe volante, affectée à une unité de soins différente presque quotidiennement. Elle trouve cette période extrêmement stressante puisqu'elle ne peut pas anticiper l'unité sur laquelle elle se trouvera et qu'elle ne connaît ni le fonctionnement ni le type de clientèle de toutes les unités de l'établissement de santé. Elle travaille alors principalement de soir, quart de travail qu'elle aime bien. Mais Isabelle n'apprécie pas cette période : elle sent bien, lorsqu'elle arrive sur une unité, qu'elle ne fait pas partie de l'équipe de soins et les autres infirmières le lui font ressentir de façon négative, en lui laissant les cas les plus complexes et en lui offrant peu d'aide. Elle estime qu'elle a souvent les sections les plus lourdes de l'unité et elle mentionne :

[Il ne] faut pas trop que tu chiales parce que sinon ça va mal, on dirait que t'as encore moins d'aide qu'auparavant donc tu te tais rendu-là. (Isabelle; IND-1)

Après dix mois de pratique, elle réussit à obtenir un poste sur une unité, poste qu'elle refuse rapidement après quelques jours de travail sur l'unité, lorsqu'elle s'aperçoit que celle-ci ne correspond pas à ses attentes. Après un bref retour sur l'équipe volante, elle obtient un poste

sur l'unité de soins aigus où elle se trouve encore présentement<sup>4</sup> et où elle se sent à l'aise.

### ***IND-2 : Ingrid***

Ingrid a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières il y a 12 mois. Avant de s'inscrire à ce programme, elle avait fait des études dans un autre domaine. Lorsqu'elle est engagée dans l'établissement de santé et qu'elle doit donner ses préférences, elle a demandé à être sur une unité de chirurgie. Malheureusement, elle a plutôt été assignée à une unité spécialisée qui consiste principalement pour une infirmière à accueillir des patients et d'assister des médecins :

Je connaissais pas trop ça [l'unité spécialisée], mais je savais que c'était pas vraiment mettre à profit mes compétences. (Ingrid; IND-2)

Malgré ceci, elle accepte et termine son orientation sur cette unité. Toutefois, elle ne se sent pas à l'aise à cet endroit et juge qu'elle n'a pas assez de contacts avec les patients. Après quelques semaines, elle décide d'en parler avec l'ICU qui lui propose de changer d'unité et d'aller sur une autre unité spécialisée. Ingrid accepte cette proposition, même si elle croit ne pas avoir les compétences nécessaires et préférerait aller sur une unité de soins aigus. Sur certaines unités spécialisées, une formation théorique supplémentaire est offerte aux nouvelles infirmières. Étant donné un conflit organisationnel, Ingrid ne peut pas profiter immédiatement de cette formation; elle commence donc son travail, accompagnée d'une infirmière préceptrice, de soir puis de jour. Ingrid vit une orientation difficile, ayant quatre infirmières préceptrices différentes. Elle sent encore une fois qu'elle n'est pas à sa place et ne se sent pas aussi compétente que les autres infirmières en orientation, qui ont parfois déjà une plus longue

---

<sup>4</sup> Afin de préserver la confidentialité des participantes, la spécialité des unités ne sera que rarement mentionnée.

expérience dans l'établissement de santé.

Après cette nouvelle période d'orientation, le constat est fait par l'équipe de formation et l'ICU qu'Ingrid n'est pas assez rapide dans l'évaluation de l'état de santé des patients et elle n'est pas jugée assez compétente pour continuer à travailler sur cette unité spécialisée. Elle est donc retournée à l'équipe volante, sur le quart de soir, avec une priorité pour une unité de soins aigus précise, car cette unité a de façon récurrente des besoins en effectifs infirmiers importants. Neuf mois plus tard, Ingrid se trouve toujours sur cette unité qui lui convient. Elle connaissait déjà cette unité, puisqu'elle y avait fait un externat et elle s'y sent à sa place.

### ***IND-3 : Isidora***

Isidora a terminé son baccalauréat il y a 12 mois. Elle a effectué le dernier stage de sa formation initiale sur une unité de soins aigus de l'établissement de santé. Au moment de son embauche, elle demande une assignation à cette unité étant donné qu'elle connaît déjà l'équipe ainsi que l'ICU. Le poste lui est accordé, ce qui lui donne un sentiment de confiance. Par contre, Isidora mentionne avoir un début de pratique professionnelle difficile puisqu'elle a eu plusieurs infirmières préceptrices pendant sa période d'orientation dont cinq différentes en une seule semaine. Elle ressent un manque de suivi, ce qui ralentit ses apprentissages. On le lui reproche d'ailleurs lors de son évaluation, même si la CSI de l'unité réalise qu'Isidora n'a pas été placée dans des conditions optimales :

La conseillère m'a dit ça comme pas d'allure, c'était tout croche mon orientation. (Isidora; IND-3)

Isidora continue de travailler sur cette unité pendant cinq mois, en alternance jour-soir.



Par la suite, elle obtient un poste de nuit, alors qu'elle n'a eu qu'une seule nuit d'orientation. Elle trouve que c'est peu, considérant qu'elle se retrouve avec huit patients, alors qu'elle n'en a jamais eu plus de quatre. Sept mois plus tard, Isidora travaille toujours de nuit. Elle s'est habituée à la routine et au nombre de patients, même si elle trouve parfois difficile de maintenir une vie sociale avec un horaire de nuit.

#### ***IND-4 : Ioanna***

Ioanna a obtenu son diplôme de baccalauréat il y a 11 mois. Avant de faire ses études en sciences infirmières, elle a fait d'autres études universitaires dans un autre domaine. Au moment de son embauche dans l'établissement de santé, elle est affectée à une unité de soins où travaillent des médecins avec lesquels elle avait déjà collaboré durant ses études antérieures.

L'expérience d'orientation d'Ioanna est difficile, car l'intensité des soins sur cette unité est reconnue pour être élevée et les situations cliniques rencontrées sont complexes. De plus, elle est jumelée avec cinq préceptrices différentes pendant ses 19 jours d'orientation. Comme elle le dit :

Sur le coup je trouvais ça très difficile parce qu'évidemment tu commences à bâtir ta confiance, ta relation avec un précepteur et là tu te dis : *OK, parfait!* Il sait ce que je suis capable de faire, nos évaluations sont pareilles, on a une méthode de travail qui est similaire alors ça, ça va bien et la journée d'après tu arrives et pouf! Tu es avec quelqu'un d'autre qui ne te connaît pas, qui ne sait pas tu es rendue où, ce que tu as vu, ce que tu n'as pas vu; qui a une méthode complètement différente de travailler, ce qui est correct, mais qui n'est pas celle à laquelle tu es habituée [...] Mais en rétrospective, je me dis qu'au final j'ai vu plus de façons de fonctionner ce qui fait en sorte que sur l'unité j'ai pu rapidement voir à quel infirmier/infirmière je m'associe le plus, à qui je peux faire un peu plus confiance [...] ou que si j'ai des questions, cette personne-là est une référence et d'autres moins alors ça fait en sorte que j'ai l'impression d'avoir connu un peu plus l'équipe rapidement, mais c'est déstabilisant,

vraiment. (Ioanna; IND-4)

Rapidement après sa période de probation, Ioanna obtient un poste de nuit sur l'unité de soins et n'est donc pas transférée sur l'équipe volante. Elle y travaille toujours de nuit, mais complète parfois son horaire avec des quarts de jour ou de soir sur cette même unité qu'elle aime bien.

### **Caractéristiques des infirmières préceptrices (groupe 2)**

Deux infirmières préceptrices ont participé à l'étude. Les deux ont entre 41 et 50 ans. L'une a fait sa formation initiale en soins infirmiers dans le réseau collégial et poursuit présentement ses études au baccalauréat en sciences infirmières alors que l'autre a fait sa formation initiale hors Québec et a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières d'une université québécoise. Elles ont entre 5 et 10 ans d'expérience dans la profession ainsi que dans l'établissement de santé. Toutes deux ont de nombreuses expériences de préceptorat dans les 12 derniers mois, l'une en ayant 20 et la seconde quatre. Cette dernière est également impliquée dans l'élaboration de courtes formations pour les infirmières, ce qui ne fait habituellement pas partie des responsabilités d'une préceptrice.

### **Portrait général des infirmières préceptrices**

Patricia (P-1) a immigré au Canada il y a déjà plus de dix ans. Infirmière dans son pays, elle a dû faire plusieurs démarches pour obtenir son permis de pratique professionnelle de l'OIIQ, dont une formation intensive et des stages cliniques. À son arrivée dans l'établissement de santé, elle a été affectée à une unité de soins aigus qu'elle ne connaissait pas, mais a été agréablement surprise par l'ambiance ressentie sur l'unité et par le type de clientèle, à un tel

point qu'elle y travaille encore aujourd'hui. Il y a quelques années, l'ICU lui a proposé de superviser un groupe de stagiaires, puisqu'elle voyait que Patricia avait de bonnes habiletés d'enseignement, c'est-à-dire sa patience, sa rigueur et sa facilité de communication avec les autres. Elle a beaucoup aimé l'expérience et depuis, elle est préceptrice autant pour des stagiaires que pour des IND. Sa principale carte maîtresse selon elle? Sa facilité à développer une relation de confiance avec les préceptorées. Pour ce faire, elle préconise d'être à l'écoute de l'IND et de s'adapter à ses besoins, en augmentant progressivement la responsabilité de l'IND.

Paulette (P-2) est quant à elle infirmière depuis un peu plus de huit ans, d'abord ayant effectué ses études dans le réseau collégial puis en complétant plus tard un baccalauréat. Après sa formation initiale, elle a commencé à travailler sur une unité de soins aigus de l'établissement de santé où elle se trouve encore. Selon Paulette, cette unité a été « mal aimée », ayant eu plusieurs ICU par intérim qui se sont succédé pendant un certain temps, ce qui a affecté négativement l'atmosphère. Lorsque finalement une ICU a accepté de prendre la responsabilité de cette unité, elle a organisé des rencontres individuelles avec l'ensemble du personnel, afin de savoir ce qui n'allait pas et ce qui pourrait être amélioré. Paulette lui a alors mentionné qu'il fallait bonifier l'offre de formation et le soutien offert à tous : infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. C'est ainsi que l'ICU a offert à Paulette de devenir une ressource pour l'unité en la dégageant de certaines de ses fonctions pour lui permettre de mieux accompagner le personnel. Cette nouvelle fonction d'infirmière ressource est vraiment appréciée de la part des infirmières de l'unité qui sentent un réel soutien de la part de Paulette.

### **Caractéristiques des CSI (groupe 3)**

Neuf CSI ont participé à l'étude. Elles sont toutes infirmières de profession. L'une d'entre elles a entre 26 et 30 ans, cinq d'entre elles ont entre 31 et 40 ans et trois ont plus de 51 ans. Six des neuf CSI ont effectué leur formation initiale dans le réseau collégial et ont effectué un baccalauréat par la suite. Les autres CSI (3/9) ont un baccalauréat comme diplôme de formation initiale et ont toutes trois terminé un diplôme de deuxième cycle universitaire en sciences infirmières. Les CSI ont en moyenne 17 ans d'expérience dans la profession (minimum 5 ans, maximum 36 ans) et dans l'établissement de santé (minimum 3 ans et maximum 36 ans). Certaines d'entre elles ont indiqué avoir eu plus de 50 expériences de préceptorat dans la dernière année, alors que d'autres ont indiqué 0. Ceci est dû au fait que le rôle d'une CSI est d'accompagner les tandems préceptrice-préceptorée, mais non spécifiquement d'accompagner la préceptorée.

### **Portrait général des CSI**

On peut séparer les CSI en trois groupes. Tout d'abord, celles qui travaillent de jour et qui sont assignées à une unité ou un regroupement d'unités relativement restreint. Dans ce groupe, on trouve Chantal (CSI-1), Christiane (CSI-2), Claudine (CSI-4), Cassandra (CSI-5) et Colette (CSI-6). Elles assurent la formation et le suivi des nouvelles infirmières, tout en développant de courtes formations pour l'ensemble du personnel sur différents sujets généraux (par exemple sur un nouveau formulaire ou une formation sur l'utilisation de contentions physiques) ou spécifiques à leur unité assignée (par exemple, une formation sur la gestion des symptômes lors des traitements de chimiothérapie sur une unité d'oncologie). Leur rôle, comme s'amuse à dire Cassandra (CSI-5), vise l'optimisation de la pratique infirmière :

Surveille[r] la pratique infirmière, ça, c'est comme le gros de notre rôle, on est des chiens de garde de la pratique, on fait beaucoup de ça. (Cassandra; CSI-5)

Le deuxième groupe de CSI comprend Caroline (CSI-3) qui travaille de soir et Catherine (CSI-9) qui travaille de nuit. Leur rôle est sensiblement le même que celui des CSI du premier groupe, mais elles offrent davantage de soutien clinique, en particulier aux IND, bien qu'elles soient présentes pour l'ensemble du personnel. Comme Catherine (CSI-9) le mentionne :

Mon rôle c'est un rôle de soutien clinique, alors je les supporte que ce soit dans des techniques qu'ils n'ont pas vues fréquemment, aussi dans la révision de dossiers, où chercher les éléments pour avoir un portrait global du patient, aussi les stimuler à essayer de chercher plus loin parce que dans le contexte de nuit ils peuvent se permettre de faire cette recherche-là, qu'ils n'ont peut-être pas de jour et de soir. Amener aussi une certaine autonomie aussi à la recherche des informations ou à la recherche des ressources, leur donner comme des bases et les laisser aller les chercher d'eux-mêmes, parce que dans le contexte de nuit ils ont moins de médecins, ils ont moins de personnes à leur disposition alors il faut qu'[ils se débrouillent]; alors moi j'apporte ce soutien-là. (Catherine; CSI-9)

Ces sept CSI se connaissent bien; elles partagent des bureaux adjacents, ce qui leur permet d'échanger sur les situations vécues sur leurs unités respectives et d'harmoniser leurs pratiques. Même si elles travaillent sur différents quarts, elles se croisent régulièrement et discutent entre elles.

Finalement, deux autres CSI, Carole (CSI-7) et Cécile (CSI-8) sont responsables de la portion théorique du programme d'accueil et d'orientation, lorsque les nouvelles infirmières participent à des activités en salle de classe. Elles préparent des activités théoriques et pratiques, et soutiennent le déploiement de compétences des IND en favorisant l'appropriation d'une démarche réflexive. Elles côtoient moins les autres CSI, puisque leur bureau n'est pas dans le même pavillon, mais elles ont des réunions communes régulièrement, leur permettant

d'échanger sur des situations vécues.

### **Caractéristiques des autres professionnelles (groupe 4)**

Quatre participantes ont été incluses dans le groupe des autres professionnelles, puisqu'elles ne correspondaient à aucun des trois premiers groupes. Les quatre sont infirmières. Une a entre 31 et 40 ans, deux ont entre 41 et 50 ans et la dernière a plus de 50 ans. Elles ont toutes obtenu un diplôme collégial comme formation initiale en soins infirmiers, puis poursuivi leurs études : l'une d'entre elles ayant terminé un baccalauréat et les trois autres ayant un diplôme de deuxième cycle universitaire en sciences infirmières. Elles ont en moyenne 25 ans d'expérience dans la profession (minimum 10 ans et maximum 32 ans) et en moyenne 18 ans d'expérience dans l'établissement de santé (minimum 3 ans et maximum 32 ans).

### **Portrait général des autres professionnelles**

Parmi ces quatre infirmières, deux travaillent en formation. Adèle (X-1) et Anne (X-2), bien que n'étant pas CSI, sont impliquées dans l'évaluation du suivi de compétences des nouvelles infirmières embauchées dans l'établissement de santé, au sein de la Direction des soins infirmiers de l'établissement. Les deux autres participantes, Alexandra (X-3) et Aurée (X-4), sont ICU depuis plusieurs années déjà. Alexandra (X-3) décrit son rôle comme étant surtout sur le plan de la gestion, mais également sur le plan de la formation du personnel de son unité de soins :

On gère tout ce qui est ressources matérielles, humaines, on s'occupe beaucoup de la sécurité des patients, la sécurité dans la pratique des infirmières, de tous les intervenants aussi. [...] je m'assure que les gens ont la formation adéquate pour travailler, que ça soit sécuritaire, que les patients

soient en sécurité, qu'ils reçoivent les bons traitements. En gros c'est ça. S'occuper des patients et du personnel, tout en ayant un budget équilibré. (Alexandra; X-3)

Audrée explique son rôle en termes similaires, mais commence en spécifiant qu'être ICU, c'est d'abord et avant tout « beaucoup de papiers ». Elle ajoute aussi qu'une part importante du rôle de l'ICU est d'assister aux entrevues d'embauche pour les nouvelles infirmières pour un ensemble d'unités de soins de l'établissement de santé et non uniquement pour leur propre unité.

Le Tableau 8 de la page suivante présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Alors que dans la présente section un portrait de ces participantes a été brossé, la prochaine section exposera les compétences déployées par les IND sur une unité de soins aigus.

Tableau 8

*Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude*

	<b>Groupe 1 : Infirmières nouvellement diplômées</b>	<b>Groupe 2 : Infirmières préceptrices</b>	<b>Groupe 3 : Conseillères en soins infirmiers</b>	<b>Groupe 4 : Autres professionnelles</b>
Nombre de participantes (N=19)	n = 4	n = 2	n = 9	n = 4
<i>Âge</i>				
20-25 ans	2	0	0	0
26-30 ans	2	0	1	0
31-40 ans	0	0	5	1
41-50 ans	0	2	0	2
51 ans et plus	0	0	3	1
<i>Formation initiale</i>				
DEC	0	1	6	4
Baccalauréat	4	0	3	0
Formation hors Québec	0	1	0	0
<i>Années d'expérience dans la profession</i>				
Moyenne	12 mois	7	17	25
Minimum	11 mois	6	5	10
Maximum	16 mois	8	36	32
<i>Niveau de scolarité atteint</i>				
DEC	0	1	0	0
Baccalauréat	3	1	6	1
2 <sup>e</sup> cycle universitaire	1	0	3	3
<i>Années d'expérience dans le milieu</i>				
Moyenne	12 mois	7	17	18
Minimum	11 mois	6	3	3
Maximum	16 mois	8	36	32
<i>Expériences de préceptorat/encadrement dans les 12 derniers mois</i>				
Moyenne	2	12	33	0
Minimum	0	4	0	0
Maximum	5	20	55	0



## **Compétences déployées par des IND**

Cette section présente les résultats de l'étude en répondant aux deux premières questions de recherche. À la suite de l'analyse en profondeur des données, trois thèmes principaux ont été mis en évidence, permettant d'identifier les compétences déployées IND et décrire ce déploiement :

1. Mes débuts professionnels : M'approprier mon rôle et développer ma pratique;
2. Ma collaboration professionnelle : Faire partie d'une équipe, travailler en dyade, être en relation avec mes patients et leur famille;
3. Ma pratique scientifique : Faire ma démarche de soins et utiliser des sources scientifiques.

Chacun de ces thèmes fait appel à plus d'une compétence. Chaque thème se décompose en sous-thèmes qui seront décrits en profondeur et illustrés par des propos des participantes. Par la suite, les facteurs organisationnels et individuels susceptibles d'influencer le déploiement de compétences des IND seront mis en lumière.

### **Mes débuts professionnels : M'approprier mon rôle et développer ma pratique**

Le premier thème mis en évidence par l'analyse des données concerne les débuts de pratique professionnelle des IND et se décompose en deux sous-thèmes : l'appropriation du rôle professionnel, transitant d'un statut d'étudiante à un statut de professionnelle autonome, ainsi que le développement de la pratique. Les IND apprennent comment s'opérationnalise leur rôle

sur une unité de soins aigus, qui est parfois différent de ce qu'elles ont appris pendant leur formation initiale. Les éléments identifiés dans ce thème sont liés principalement aux indicateurs de développement des compétences « Agir avec professionnalisme », « Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière » ainsi qu' « Exercer un jugement clinique infirmier ».

***M'approprier mon rôle : Organisation et priorisation, le nerf de la guerre***

Selon les témoignages des participantes, un des éléments les plus difficiles pour les IND en début de pratique est l'appropriation de leur plein rôle, en particulier sur les plans de l'organisation du travail et de la priorisation des soins à donner. Cette adaptation à la pratique infirmière sur une unité de soins représente une source de stress importante pour certaines, pouvant être expliquée en partie par la différence entre la charge de travail expérimentée en stage et celle en début de pratique. Pendant la formation initiale, en situation de stage clinique, les étudiantes en sciences infirmières ont l'occasion de mettre en pratique les compétences qu'elles développent et le font généralement en prenant soin d'un ou de deux patients, mais rarement plus. Après avoir été embauchées dans l'établissement de santé et avoir terminé la période d'orientation de 19 jours sur une unité de soins, les IND sont appelées à prendre soin d'un nombre plus important de patients, pouvant aller jusqu'à 15 ou 16 si elles travaillent de nuit. Ce que les infirmières appellent la charge de travail ne dépend pas uniquement du nombre de patients dont elles ont la responsabilité, mais est également fonction de la complexité des soins de chacun de ces patients.

La nouvelle infirmière doit donc rapidement démontrer ses habiletés d'organisation

pendant son quart de travail et de priorisation des soins à donner, ce qui représente un des plus grands défis selon les participantes. Un document remis aux IND pendant l'orientation mentionne qu'il est normal de se sentir dépassé par l'ampleur du travail à accomplir en début de pratique, ce qui est corroboré par Adèle (X-1), qui accueille les IND et les supervise lors de journées de formation théorique :

Ce sur quoi les IND ont de la difficulté, c'est l'organisation du travail, la priorisation des soins. En même temps, je pense que c'est normal parce que le milieu d'enseignement ne donne pas la même charge de travail en stage que ce qu'elles vont connaître à l'unité. (Adèle; X-1)

Cette charge de travail plus importante sur une unité de soins aigus semble être la raison qui fait que les IND se concentrent sur les tâches à accomplir en début de pratique, décomposant leur quart de travail en de nombreuses tâches plutôt techniques (par exemple, prendre les signes vitaux, préparer et administrer la médication ou réfectionner un pansement). En divisant le travail ainsi, il devient plus facile de prioriser certains soins. Isidora (IND-3) explique que c'est sa façon de survivre et de s'adapter à ce nouveau milieu, propos qui sont corroborés par d'autres IND :

Ce que j'ai trouvé dur aussi c'est que durant nos trois ans [de formation], chaque fois qu'on a un stage, on a un à deux patients, pis là t'arrives sur le plancher pis là on atteint douze, quatorze patients après quinze jours. Tu sais plus où te mettre la tête! Ça prend un certain temps à s'habituer puis intégrer les compétences, au début tu te concentres plus sur les soins. (Isidora; IND-3)

Des CSI et d'autres professionnelles critiquent que la majorité des IND morcellent leur rôle de cette façon en début de pratique, puisque ce faisant, les IND ne démontrent pas le savoir-agir complexe et holistique qu'elles ont pourtant développé pendant leur formation initiale :

Elles arrivent ici, elles vont surtout axer sur la bonne technique, faire la bonne technique, parce qu'ils en ont pas fait beaucoup. Elles veulent donner le bon soin, elles veulent que leur pompe d'antibiotique fonctionne; tu sais elles sont axées sur la tâche beaucoup, beaucoup, en arrivant. Puis toute l'évaluation globale du patient ben ça prend le bord. (Alexandra; X-3)

En revanche, des participantes précisent que les difficultés à agir dans une perspective holistique pendant ce déploiement initial de leurs compétences sur l'unité de soins aigus ne sont que temporaires. Cassandra (CSI-5) et Christiane (CSI-2) remarquent qu'il peut s'écouler jusqu'à un an avant que les IND se sentent à l'aise sur l'unité; tout au long de cette période, elles tentent de faire preuve graduellement d'une vision plus globale, jusqu'au déploiement complet de leurs compétences :

Moi je dirais que pour la plupart des compétences [les IND] prennent jusqu'à un an avant d'être confortables puis il y en a certaines que ça peut prendre jusqu'à deux ans. (Cassandra; CSI-5)

Parce que ça va avec l'expérience aussi, ça va avec les situations vécues, les contextes de soins. C'est pas toujours écrit comme dans les livres, il y a des imprévus puis il faut que t'apprennes à gérer ça en plus du reste. Donc comme a dit ma collègue, ça prend au moins un an avant qu'elles aient fait le tour des situations puis ça c'est en temps normal, en restant sur la même unité avec une clientèle pareille. (Christiane; CSI-2)

Caroline (CSI-3) abonde dans le même sens que ses collègues. Elle juge que les IND ont les connaissances et habiletés pour agir, mais qu'elles ont de la difficulté à les mettre en œuvre et ainsi arriver à pleinement déployer leurs compétences. Elle critique le contexte actuel de soins qui, selon elle, n'est pas aidant pour les IND. Elle parle de la surcharge de travail que vivent toutes les infirmières, alléguant que cette surcharge rend le contexte d'orientation difficile et même anti-pédagogique. Cet argument d'un contexte de soins difficile est corroboré autant par les IND que par d'autres participantes, et ce, sur tous les quarts de travail.

Moi étant de soir ce que je vois c'est beaucoup le contexte de soins actuels, la surcharge de travail. Les précepteurs eux-mêmes ont déjà de la difficulté sans être précepteurs à arriver dans leur temps. [...] Le contexte de soins est vraiment, en fait est anti-pédagogique je pourrais dire, il est vraiment pas favorable à l'intégration des nouvelles connaissances. [...]. Là en fait c'est tellement axé sur la tâche, ils ont tellement de tâches à faire que là ils en oublient en fait tout ce qui vient autour, tous les liens. Ils ont des connaissances, puis ils voient la tâche, puis là il y a un néant parce que le stress engloutit tout. Puis là on dirait que quand tu les prends à part, tu les fais revenir sur une situation, ils font *ah j'aurais dû faire ça, ah j'ai pas pensé à ça*. Ils les ont les connaissances, mais ils sont pas capables de les transposer en compétences parce que le milieu n'est pas favorable à ça. (Caroline; CSI-3)

Ce morcellement du rôle de l'infirmière en tâches précises est par contre bien vu par certaines personnes. Pendant la période d'orientation, certaines infirmières préceptrices mettent de la pression pour que des tâches concrètes soient accomplies avant une certaine heure (par exemple, que les pansements soient changés avant d'aller en pause) ainsi que sur la rapidité d'exécution. Certaines insistent même pour que les IND oublient ce qu'elles ont appris et se plient à la façon de faire de l'unité de soins :

[Les IND] se font vite engloutir, tu sais quand elles veulent démontrer des compétences qui sont très bien en termes d'évaluation de la clientèle, ben elles se font parfois rabrouer en disant *ben regarde, fais pas ça ici ou fais pas ça de même, je vais te le montrer comment faire, tu as pas besoin de faire ça*. (Anne; X-2)

Sur le terrain, [les IND] arrivent avec de la bonne volonté de vouloir faire comme on leur a appris, aller des fois fouiller un peu plus et tout ça, mais le contexte d'intégration fait en sorte qu'elles rentrent dans le moule des infirmières qui les orientent pis c'est beaucoup axé sur la pratique et non pas au niveau de la recherche. C'est beaucoup en lien aussi avec les préceptrices qui posent pas nécessairement de questions parce qu'elles sont un peu englouties, pis c'est beaucoup au niveau technique qu'elles vont être évaluées par les préceptrices et non pas au niveau compétences. (Christiane; CSI-2)

Comme spécifié dans un document du milieu clinique décrivant le rôle des infirmières

préceptrices, celles-ci ont effectivement un rôle à jouer dans la socialisation des nouvelles infirmières en favorisant leur intégration sur les unités de soins, en leur montrant la routine de l'unité et certaines façons de faire, respectant les règles en vigueur dans l'établissement. Par contre, les IND en viennent parfois à prioriser et à s'organiser selon ce qui sera perçu comme étant le « travail accompli » par les infirmières préceptrices qui les évalueront à la fin de la période d'orientation.

Alors que certaines participantes semblent opposer tâches et compétences, Chantal (CSI-1) suggère qu'il faut d'abord que les IND consolident certains aspects plus techniques (tels que l'exécution de certaines techniques, la rapidité et l'organisation) avant de pouvoir réellement s'approprier leur rôle et réussir à déployer leurs compétences :

Il faudrait être capable de faire un retour avec [les IND] quand elles ont commencé à consolider l'aspect plus technique, d'organisation, vitesse, puis revenir pour dire à travers tout ça ton rôle d'infirmière à toi c'est quoi. Puis je sais que moi j'aiguille certaines des nouvelles infirmières vers certains modèles de rôle sur l'unité qui ne sont peut-être pas nécessairement reconnus par tout le monde, mais que je sais qu'elles ont une bonne pratique. (Chantal; CSI-1)

Outre l'organisation du travail et la priorisation des soins, les modèles de rôles présents sur les unités de soins permettent aux IND de s'identifier à elles afin d'apprendre comment mettre en pratique certains éléments appris pendant leur formation universitaire. Par exemple, les IND peuvent questionner ces collègues modèles de rôle sur leur démarche de soins, qui n'est pas toujours visible sur les unités de soins, mais qui est tout de même effectuée par les infirmières. Encore faut-il que les IND soient capables d'identifier ces modèles de rôle, qui sont parfois absents de certaines unités selon Anne (X-2) et Paulette (P-2). Anne ajoute également que beaucoup d'infirmières ne connaissent pas leur propre rôle :

On a un problème d'identité [dans la profession]. [...] Je ne suis pas sûre que c'est clair dans la tête de tout le monde quel est mon rôle. Puis par rapport à d'autres professionnels qui vont venir me *challenge*, elle est où ma place? (Anne; X-2)

Finalement, certaines participantes ont mentionné qu'il peut être difficile pour les IND d'un programme de baccalauréat en début de pratique d'assumer leur rôle d'infirmière et en particulier d'infirmière clinicienne, puisqu'il existe une croyance sur les unités de soins aigus que les infirmières cliniciennes sont moins qualifiées que les infirmières détenant une formation technique collégiale. Ingrid (IND-2) en fait mention; elle se sent moins qualifiée que les nouvelles infirmières ayant fait leur formation initiale dans le réseau collégial. Cette idée est également rapportée par des participantes d'autres groupes dans l'étude. Cécile (CSI-8) affirme que cette croyance existait déjà lorsqu'elle-même a débuté sa pratique professionnelle dans les années 1980 et qu'elle persiste encore à ce jour. Selon certaines participantes, les infirmières détenant un diplôme collégial seraient plus habiles sur le plan des techniques de soin, habituées de prendre la responsabilité de plusieurs patients à la fois. Les infirmières cliniciennes sont réputées pour être moins habiles en comparaison, mais ayant une curiosité et une rigueur scientifique plus développées, ainsi qu'une culture scientifique plus présente. Allant à contre-courant, une IND soutient que sa formation l'a bien préparée à la réalité d'une unité de soins par le biais, entre autres, de séances de laboratoire pratique et de stages en milieu clinique :

Ioanna (IND-4): [O]n entend souvent sur le milieu du travail *ah, les infirmières techniciennes elles arrivent et elles sont plus techniques, plus rapides*, mais [...] on a le même nombre d'heures de stage et même plus avec le deuxième externat qu'on a [...] on arrive sur le marché du travail et on a pas mal d'heures de pratique équivalente sinon supérieure, ce qui fait en sorte qu'on est pas moins technicienne.

*Intervieweur: Donc tu n'avais pas l'impression [...] d'être moins bien préparée qu'une infirmière technicienne ?*

Ioanna (IND-4) : Non. Je me suis même fait dire par des infirmières qu'elles pensaient que j'étais une technicienne parce que rapidement j'ai été très autonome [...] et j'avais pas peur de me salir les mains.

Bien que cette étude ne visait pas à comparer le déploiement de compétences d'IND du réseau collégial et du réseau universitaire, les éléments présentés revenaient souvent dans le discours de participantes.

*Développer ma pratique avant de contribuer à LA pratique : une transition pour survivre*

Dans leurs débuts professionnels, les IND s'approprient donc leur rôle, principalement dans l'organisation du travail et la priorisation des soins à donner. Pendant cette période, elles se concentrent beaucoup sur elles-mêmes et sur leur pratique. Ceci leur permet de déployer les compétences qu'elles ont développées pendant leur formation initiale tout en s'intégrant à l'établissement de santé et plus précisément à l'unité de soins aigus où elles travaillent.

Une des compétences mises de l'avant dans le programme de formation initiale duquel étaient diplômées les IND est le leadership clinique infirmier. Toutes les IND ont mentionné être en mesure de démontrer cette compétence, mais que ceci était difficile par moment. Un des indicateurs du leadership clinique infirmier est l'amélioration de la pratique infirmière, autant pour soi-même que chez les collègues, afin d'arriver à offrir des soins de qualité. Ingrid (IND-2) souligne qu'elle prend plusieurs moyens pour améliorer sa pratique, dont une approche réflexive basée sur des activités effectuées pendant sa formation initiale. Elle juge également qu'une forme de réflexion et d'autocritique devrait être pratiquée par toutes les infirmières :



J'utilise une approche réflexive, j'en parle beaucoup à [...] mes collègues, plus que juste comme moi-même. Des fois j'en parle aussi avec mon copain. *J'ai eu telle situation au travail, je trouvais que c'était pas facile, il s'est passé telle action*, en gardant la confidentialité c'est sûr là [...], pis là mon copain il m'aide à me poser des questions aussi pis mes collègues aussi beaucoup. Ça je trouve ça bien, c'est sûr que c'est pas l'approche réflexive comme on l'apprend, décortiquée, mais un minimum d'autocritique là je pense que tout le monde devrait le faire. (Ingrid; IND-2)

Ingrid (IND-2) réalise que la pratique réflexive est importante pour lui permettre de poursuivre le développement de ses compétences. D'autres participantes estiment qu'il serait pertinent de soutenir toutes les infirmières par l'organisation d'activités de ce type sur les unités de soins aigus, mais ajoutent que le manque de ressources en empêche la tenue. Anne (X-2) explique que sur certaines unités, ce type d'activités était organisé auparavant : l'ICU libérait les infirmières voulant participer à une demi-journée de formation continue, ce qui incluait activité de pratique réflexive et d'autres activités de formation. Malheureusement, dû à un contexte de ressources humaines et financières restreintes, ces activités ont lentement été abolies. Paulette (P-2) continue d'organiser des activités similaires, appuyée par l'ICU de son unité de soins. Les infirmières ne sont pas libérées pour y participer, mais ces activités ont lieu pendant leur pause de travail, qui dure 30 minutes. Paulette mentionne qu'elles sont très appréciées de la part des infirmières qui y participent.

Ces activités permettent de soutenir les infirmières, incluant les IND, dans le développement de leur propre pratique professionnelle. Mais agir en tant qu'agent de changement pour des collègues et aider à transformer la pratique en général est beaucoup plus difficile et n'est pas une priorité pour elles, soutiennent certaines IND. Elles jugent qu'elles doivent se concentrer d'abord et avant tout sur leur propre pratique :

Développer, démontrer du leadership clinique, ça moi je trouve que c'est pas vraiment évident de l'appliquer au quotidien encore parce que je me consacre plus sur ma propre pratique que sur la pratique {intonation sur « la »}, je sais pas comment le dire. Je trouve que j'ai pas l'œil encore exercé pour le voir. Des fois c'est sûr qu'il y a des trucs qui m'embêtent, j'en parle, mais générer des changements je l'ai pas encore ça. Je trouve pas non plus que c'est quelque chose de très facile. (Ingrid; IND-2)

Ingrid (IND-2) exprime ici un élément qui revient dans le discours des autres IND : dans un premier temps, non seulement elles souhaitent se concentrer sur leur propre pratique, mais elles en ont besoin pour survivre dans le milieu clinique. Elles ressentent ce besoin de prendre le temps nécessaire pour s'approprier leur rôle et s'intégrer au sein de l'unité de soins, en déployant leurs compétences sans avoir à se préoccuper de la pratique de leurs collègues. Cette période leur paraît nécessaire afin de faire la transition entre le milieu de formation et le milieu clinique, de s'épanouir dans ces nouvelles responsabilités, de prendre leur place comme professionnelle de la santé et se faire accepter par leurs collègues infirmières.

Le fait de se concentrer sur leur pratique ne signifie pas que les IND ne voient pas les situations problématiques ou non sécuritaires qui surviennent autour d'elles. Ingrid (IND-2) mentionnait dans l'extrait précédent qu'elle n'a pas toujours l'œil exercé pour détecter des situations qui nécessitent un changement de pratique, mais qu'elle voit parfois certains éléments qui l'embêtent. Ioanna (IND-4) précise que certaines situations viennent parfois à l'encontre de ses valeurs :

La difficulté c'est quand on arrive là et d'avoir le choc de nos valeurs par rapport aux infirmières avec qui on travaille, ça j'ai trouvé ça difficile parce que [...] on sort de l'université et on veut que tout soit parfait, que tout soit bien fait, que le patient soit pris en compte puis qui soit partenaire puis des fois on voit d'autres infirmières et on trouve que c'est des fois aberrant et on se pose des questions à savoir pourquoi ces infirmières-là sont infirmières

parce que des fois c'est très dangereux. (Ioanna; IND-4)

Le fait que les IND ont de la difficulté à agir en agent de changement est corroboré par des participantes des autres groupes. Certaines avancent qu'une IND peut ressentir un malaise à aborder une collègue plus expérimentée pour lui mentionner que des éléments de sa pratique ne sont pas sécuritaires ou effectués selon les bonnes pratiques. Ceci devient particulièrement un problème lorsque l'infirmière plus expérimentée à laquelle l'IND désire faire ce type de commentaires est l'infirmière préceptrice à laquelle elle est jumelée. Christiane (CSI-3), une CSI qui travaille en étroite collaboration avec des tandems préceptrice-préceptorée, ajoute que les IND remettent rarement en question ce que les infirmières préceptrices disent, même si elles sont convaincues d'avoir raison :

[L'IND] a appris à faire ce pansement-là de façon stérile, elle l'a fait en stage de façon stérile, comment ça se fait que là elles vont venir à bout de nous dire *ben non je l'ai pas fait stérile, mais ici [sur l'unité] c'est comme ça qu'on me l'a montré*. Mais elles ne sont pas rendues là. Tu sais on parlait de leadership tantôt, elles ne sont pas rendues à dire [à la préceptrice] *ben non, c'est pas de même que je l'ai appris*. Des fois elles me disent *ici je l'ai fait comme ça, mais c'est pas comme ça que je l'ai appris*. (Christiane; CSI-2)

Certaines CSI encouragent les IND à partager avec elles ou avec l'ICU lorsqu'elles font face à ce genre de situation. Par contre, toutes ces intervenantes (ICU, CSI et infirmière préceptrice) sont impliquées dans l'évaluation du suivi de compétences des IND et peuvent décider de mettre fin à leur emploi. Les IND peuvent alors ressentir une certaine hésitation à dénoncer ces comportements, en particulier lorsqu'il s'agit d'une infirmière préceptrice.

Des CSI et des préceptrices encouragent les IND à remettre en question des pratiques sous-optimales ou non-sécuritaires de collègues, en précisant qu'il faut d'abord aider ces IND à

trouver les mots justes et la façon appropriée de donner une telle rétroaction, tout en incitant leurs collègues à accepter ce type de commentaires. Nos participantes estiment que des infirmières d'expérience peuvent percevoir négativement le fait de recevoir des commentaires, même constructifs, de la part d'une nouvelle infirmière. Paulette (P-2) précise qu'elle aide les IND à trouver les bons mots, en plus d'agir auprès d'infirmières d'expérience et d'autres préceptrices. Elle leur suggère d'être ouvertes aux idées, commentaires et rétroaction de plus jeunes infirmières, puisqu'elles sont à l'affût des dernières recommandations et qu'elles ont des connaissances à la fine pointe de la recherche :

Ça c'est une chose aussi que je leur ai appris [aux IND] : la façon de le dire. Parce que des fois, il faut pas aller dire à l'autre que ça fait plus que quinze ans que ça s'utilise plus ou que ça se dit plus, des affaires de même. [...] Mais ça choque, de plus en plus aussi, ça les réveille. Parce que moi je leur dis quand tu fais du préceptorat si tu t'attends pas à être choquée et réveillée, c'est pas la peine d'en faire. (Paulette; P-2)

Selon des participantes, il faut donc non seulement fournir des outils aux IND pour favoriser le changement de pratique, mais il faut également créer une atmosphère d'ouverture d'esprit et de respect sur l'unité de soins. L'ICU a un rôle à jouer pour créer cette ambiance sur son unité, où la rétroaction constructive est bien accueillie, où chacun est encouragé de réfléchir sur l'amélioration de sa pratique professionnelle et où règne une culture de pratique infirmière basée sur les résultats probants. Audrée (X-4), ICU, spécifie qu'elle rencontre toutes les IND qu'elle accueille sur son unité avec le même message, qui reprend le discours de Paulette (P-2) :

*Moi je me fie sur vous [les IND] que si jamais la pratique ici [...] a bifurqué, n'est pas adéquate, ben je leur dis ici, vous êtes une ressource. Elles arrivent, effectivement elles sont toutes nouvelles, mais elles peuvent nous apporter des nouveaux éléments même si elles n'ont pas d'expertise, elles arrivent avec des nouvelles connaissances, des connaissances à jour. Il faut qu'on en profite [...]*

aussi pour nous mettre à jour. (Audrée, X-4)

Ce premier thème, décrivant les débuts professionnels des IND, a permis de mettre ne lumière que les IND s'approprient leur nouveau rôle professionnel dans la première année de pratique. Elles se concentrent d'abord sur des tâches plus précises avant d'être en mesure de déployer de façon plus complète leurs compétences. Elles améliorent leur pratique, entre autres par le biais d'activités réflexives qui peuvent être effectuées individuellement ou avec des collègues. Par contre, elles ressentent le besoin de se concentrer sur leur propre pratique afin de survivre dans ce nouveau milieu, ce qui donne l'impression qu'elles mettent leur leadership clinique infirmier en veille. Le Tableau 9 à la page suivante résume les sous-thèmes décrits dans cette section en identifiant de nouveaux propos venant appuyer les résultats.

Tableau 9

*Tableau synthèse du thème « Mes débuts professionnels »*

<b>Mes débuts professionnels : M'approprier mon rôle et développer ma pratique</b>	
<b>Compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir avec professionnalisme</li> <li>• Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière</li> <li>• Exercer un jugement clinique infirmier</li> </ul>
Sous-thème	Verbatim
M'approprier mon rôle : Organisation et priorisation, le nerf de la guerre	Des fois au début avec tout ce qui vient, le stress et l'organisation, ils vont moins focuser sur l'approche populationnelle, ils vont plus se concentrer sur la tâche à accomplir au lieu de prévoir ce qu'on peut faire pour l'éducation à la famille et accompagner. C'est avec l'expérience lorsqu'ils vont être plus à l'aise qu'ils vont vraiment explorer, mais au début c'est vraiment centré sur la tâche et comment arriver à terminer à temps. (Carole; CSI-7)
Développer ma pratique avant de contribuer à LA pratique : une transition pour survivre	Je développe mon leadership à ma manière [...] par exemple, j'essaie toujours d'être là pour aider. S'il y a quelque chose de plus que je peux faire, je vais le faire [...] je pense que c'est vraiment de développer sa propre pratique, des bonnes pratiques, puis de les mettre de l'avant puis de vouloir améliorer ta pratique avant tout, dans tout ce que tu fais. C'est ça pour moi aussi le leadership. (Ingrid; IND-2)

**Ma collaboration professionnelle : Faire partie d'une équipe, travailler en dyade, être en relation avec mes patients et leur famille**

Le second thème qui émerge de l'analyse concerne la collaboration professionnelle et le travail en équipe. Cette équipe se compose de nombreux intervenants : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, autres professionnels de la santé, en plus des patients et

leur famille. Trois sous-thèmes composent ce thème : la participation aux équipes intra et interprofessionnelle, le travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire ainsi que la relation avec les patients et leurs proches. Les éléments de ce thème sont en lien avec les indicateurs de développement des compétences « Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé », « Collaborer dans des équipes professionnelles », « Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière », ainsi qu' « Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé ».

### ***Faire partie d'une équipe : Parvenir à prendre ma place***

Pendant et après la période d'orientation, les IND collaborent avec de nombreux intervenants du réseau de la santé, formant une équipe. On peut diviser cette équipe en deux composantes : l'équipe intraprofessionnelle, composée d'autres infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires, et l'équipe interprofessionnelle, composée minimalement de médecins travaillant sur l'unité, mais pouvant inclure également d'autres professionnels de la santé, entre autres des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Dans les premiers mois de pratique professionnelle, cette collaboration peut s'avérer difficile par moment, puisque les IND doivent apprendre à prendre la place qui leur revient. Patricia (P-1) précise que la personnalité influence l'aisance de l'IND avec les autres professionnels :

[Lorsque les IND] commencent, elles sont vraiment timides alors elles sont vraiment limitées dans les mouvements, dans les paroles et tout ça, elles font juste leur travail et petit à petit elles débloquent. (Patricia; P-1)

Ce déblocage survient plus ou moins rapidement, selon l'IND et le contexte dans lequel elle est placée. Sur certaines unités de soins aigus, il existe une certaine hiérarchie ou une organisation professionnelle qui exige que les infirmières qui veulent obtenir l'avis d'un autre professionnel pour un de leurs patients doivent d'abord en discuter avec l'AIC. Si celle-ci juge que la consultation est nécessaire, elle se chargera de compléter une demande de consultation interprofessionnelle. Sur d'autres unités de soins, les infirmières sont encouragées à compléter elles-mêmes ces demandes de consultation.

Comme plusieurs IND sont affectées sur les quarts de travail de soir et de nuit, la collaboration interprofessionnelle s'opérationnalise de façon différente. Des participantes expriment qu'elle est plus difficile à mettre en place, mais qu'il existe des stratégies pour aider les IND à garder en tête cet élément en tout temps. Catherine (CSI-9), qui travaille de nuit, aide les IND lors de la révision de dossiers à réfléchir à la collaboration interprofessionnelle. Elle les questionne sur le suivi interprofessionnel nécessaire pour chaque patient, les incite à lire les notes des autres professionnels de la santé et s'assure qu'elles transmettent l'information lors du rapport interservices aux infirmières de jour, afin que le suivi soit effectué :

Collaborer avec des équipes professionnelles sur le quart de nuit [...] quand je fais des révisions de dossiers avec eux et qu'on observe des choses qui n'ont pas été faites ou bien qui ont été écrites dans les notes infirmières et puis qui nécessitent un suivi que ce soit au niveau de la physio, au niveau de l'ergo, au niveau de la nutrition clinique [...] il faut transmettre cette information-là pour un suivi de jour pour s'assurer qu'effectivement un professionnel viendra voir cette patiente pour cette problématique-là qui a été mise en évidence. (Catherine; CSI-9)

Isabelle (IND-1) et Ioanna (IND-4) attestent qu'elles utilisent cette stratégie. Il leur arrive régulièrement de laisser des notes à l'équipe de jour à propos d'éléments qu'elles ont



remarqués pendant la révision des dossiers des patients. Elles en discutent également au rapport interservices avec l'infirmière de jour afin que le suivi soit effectué. Ioanna (IND-4) ajoute que cette collaboration peut s'exprimer plus facilement le matin, car plusieurs autres professionnels arrivent avant la fin du quart de travail de nuit des infirmières. Ceci lui permet de discuter de vive voix avec eux. Ingrid (IND-3), travaillant surtout sur le quart de soir, spécifie que pour favoriser la collaboration, elle prend le temps de lire les notes des différents professionnels et d'appliquer les recommandations qu'ils laissent dans les dossiers des patients. Elle s'aperçoit cependant que ceci n'est pas fait par toutes les infirmières, ce qui peut nuire à la qualité et à la continuité des soins.

Comme précédemment mentionné, les IND sont habituellement attirées à l'équipe volante après la période de probation. La collaboration peut être plus difficile à déployer pour elles à ce moment, puisqu'elles connaissent peu les membres de l'équipe intra et interprofessionnelle présents sur les unités où elles sont appelées à travailler. Ceci peut amener un sentiment d'isolement. Le fait de connaître les intervenants permet de développer une relation de confiance qui mène à une collaboration professionnelle beaucoup plus aisée, comme l'explique Isabelle (IND-1) :

[La collaboration] tu ne peux pas la faire avec l'équipe volante parce que tu connais pas les infirmières vraiment beaucoup, tu connais pas les préposés non plus. Ici [sur une unité stable] tu développes une relation de travail avec les préposés, tu demandes quelque chose, tu sais que ça va être fait parce que tu les aides, fait que y savent comment tu travailles aussi. [...] Mais c'est vraiment depuis que je suis ici [sur l'unité stable] que je peux plus encore plus pousser la collaboration que j'ai avec le médecin, l'ergothérapeute, l'infirmière de suivi de clientèle, en tous cas toute l'équipe pluridisciplinaire c'est vraiment là que je peux le faire. (Isabelle; IND-1)

Les autres IND expriment des idées similaires, ajoutant que plus elles connaissent les membres de l'équipe, plus elles sont à l'aise de communiquer avec eux, de les appeler, de leur poser des questions ou de partager leur point de vue à propos d'un patient. En général, elles sentent également que les autres professionnels respectent leurs idées et opinions, même si elles n'ont pas beaucoup d'expérience. Les IND ressentent qu'elles sont capables de prendre leur place au sein de cette équipe interprofessionnelle. De nombreuses participantes des autres sous-groupes à l'étude mentionnent plutôt que les IND ont des difficultés à prendre leur place, mais surtout lors du travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire plutôt que lors de la collaboration avec les autres professionnels.

### ***Travailler en dyade : Un défi colossal que je dois relever***

Un des plus gros défis que les IND ont à relever en début de pratique est de travailler en dyade avec une infirmière auxiliaire. Très tôt dans leur pratique, les IND sont appelées à collaborer avec cette autre professionnelle qui a un champ de compétences restreint au sein de la discipline, mais qui peut tout de même effectuer plusieurs activités liées aux soins, comme la distribution de certains médicaments. Les IND doivent apprendre à répartir le travail entre elles et les infirmières auxiliaires. Cet aspect est un des plus difficiles pour les IND, puisqu'en début de pratique, leur identité professionnelle est toujours en construction. Elles doivent définir leur rôle dans cette dyade et parvenir à en assumer la gestion, ce qui s'avère éprouvant pour une jeune diplômée. Catherine (CSI-9) et Cécile (CSI-8) expliquent bien cet élément :

On a souvent à travailler avec les IND [...] sur le leadership infirmier. Parce que c'est sûr qu'elles viennent dans un groupe, elles sont nouvelles, elles ont parfois de la difficulté à prendre leur place puis il faut vraiment souvent leur donner des occasions de mettre en valeur ce leadership-là, et même leur dire :

*il faut que tu prennes ton leadership. Surtout quand elles travaillent en dyade, des fois elles ont vraiment beaucoup de difficulté avec cet élément-là, de travailler en dyade; où mon rôle s'arrête, où mon rôle commence, des fois c'est très ambigu pour eux. (Catherine; CSI-9)*

Quand on leur parle d'une infirmière auxiliaire, on a le point d'interrogation, le travail en dyade, qu'est-ce que c'est, comment je fais pis il y a une part de ça que moi j'explique par l'insécurité, par leur manque d'expérience. Elles se voient attirées à travailler avec une infirmière auxiliaire qui a peut-être dix ans d'expérience. Comment moi qui a zéro ou quelques jours d'expérience, je peux dire à l'autre personne *tu vas faire ça*, je sais même pas qu'est-ce qu'elle a le droit de faire. (Cécile; CSI-8)

Plusieurs participantes, incluant les IND, mentionnent que cet aspect n'est pas assez discuté dans la formation initiale, autant sur le plan théorique que pendant les stages, ce qui explique le sentiment exprimé par les IND de manque de préparation à cette réalité du rôle de l'infirmière. Étant responsables de la dyade, elles doivent avoir une vision globale de l'ensemble des patients pris en charge, puisqu'elles décident de la répartition du travail entre l'infirmière auxiliaire et elles-mêmes. Pour être en mesure de bien effectuer cette répartition, les IND doivent être capables d'identifier rapidement les patients les plus instables ou à risque de complications et lesquels nécessitent une évaluation plus poussée, comme le mentionne Anne (X-2) :

*C'est difficile d'apprendre dans une période d'orientation de dix-neuf jours, que t'as cinq jours où il faut que t'apprennes à travailler avec une auxiliaire. Go, go là, qu'est-ce que tu délègues, regarde tes dossiers, quels patients je garde, que j'anticipe peut-être qu'y va y avoir une complication ou ça c'est plus complexe, il faut évaluer un peu plus, tandis que ceux-là, je peux [les déléguer]. (Anne; X-2)*

Dans cet extrait, la participante décrit sa difficulté à gérer le travail en dyade entre une infirmière et une infirmière auxiliaire. D'autres participantes décrivent ce travail de la même façon, en ajoutant que l'IND demeure en partie responsable des patients « délégués » à

l'infirmière auxiliaire et de la surveillance clinique de leur état de santé. Cette dernière, étant membre d'un ordre professionnel différent de l'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec), est imputable des actes qu'elle pose ou ne pose pas. Cependant, puisque l'infirmière auxiliaire a un champ de compétences plus restreint que l'infirmière, cette dernière doit avoir une vision globale des soins donnés et demeurer informée de la situation de santé de tous les patients de la dyade. Elle peut donc s'attendre à recevoir un suivi de la part de l'infirmière auxiliaire, tout comme un suivi de la part du préposé aux bénéficiaires. Selon des participantes, un des éléments difficiles du travail en dyade est de s'assurer que ce suivi revienne effectivement à l'infirmière, sans que l'infirmière auxiliaire se sente « surveillée » lorsque les IND assument le rôle de gestion de la dyade :

On a beau leur apprendre, leur dire qu'elles sont responsables, mais ça c'est la partie difficile. Comment je fais pour déléguer mes soins, comment je fais pour donner des directives puis que le résultat me revienne aussi. C'est bien beau donner une directive, mais il faut qu'ils s'assurent que c'est fait. Ça c'est difficile. (Alexandra; X-3)

Avec les infirmières auxiliaires, j'ai eu justement une des premières fois avec qui j'ai travaillé avec une infirmière auxiliaire qui a de l'ancienneté [...] Je lui avais dit *ah tel patient veut un anti douleur*. C'était un de ses patients [...] Dix minutes plus tard je lui demande *est-ce que t'as donné un antidouleur?* Elle me dit *j'ai pas besoin de me faire surveiller je connais ma job*. Je lui ai dit *OK, mais c'est juste parce que je te pose, on communique là on est supposé communiquer ensemble c'est juste une question comme ça, je suis pas en train de te surveiller*. Puis elle me dit *moi ça fait assez longtemps que je travaille ici, je connais mes affaires*. [...] Au début, ça c'était pas tout le temps évident. (Ingrid; IND-2)

Il est difficile pour les IND en début de pratique de déployer leurs compétences de leadership et de collaboration lorsqu'elles travaillent en dyade avec une infirmière auxiliaire, mais également lorsqu'elles donnent des consignes aux préposés aux bénéficiaires. Les IND

doivent arriver à bien communiquer avec ces professionnels qui ont parfois beaucoup plus d'ancienneté et d'expérience sur l'unité de soins qu'elles. Ingrid (IND-2) résume bien les difficultés qu'elle a eues avec le travail en dyade dans ses premiers mois de pratique, mais qui se sont améliorées avec le temps :

Je trouve que c'est difficile quand t'es en position de supériorité si on peut dire comme avec [...] les infirmières auxiliaires. Je trouve ça un peu plus difficile surtout quand t'es plus jeune, pis eux ont l'ancienneté; ça c'est dur pis ça se voit partout. Que t'aie une position de pouvoir pis que t'es plus jeune pis tu leur dis *moi j'aimerais ça que ça se fasse comme ça, comme ça, comme ça* parce que c'est moi qui est en charge puis que la personne elle te regarde comme *tu me diras pas comment faire ma job*. [...] C'est pas facile justement comme je disais quand t'as des personnes qui ont plus d'ancienneté, mais maintenant je démontre [mon leadership] plus qu'avant alors ça va mieux. Comme par exemple, je connais un peu plus le monde avec qui je travaille, mais t'sais à chaque rapport *OK ben on va faire ça ça ça, je prends tel patient ça te va?* Je trouve que c'est vraiment de savoir doser ton leadership versus ta collaboration parce que c'est pas tout le temps facile ça aussi de dire comme je me mets en leader, je me mets en responsable, mais on reste des collègues à part entière, humains. Je suis pas ton supérieur, t'es pas inférieure c'est juste que j'ai cette responsabilité de plus que toi, c'est comme ça. Je suis aussi aidante si t'as besoin de quelque chose, mais c'est moi qui reste responsable, mais je suis là aussi pour t'aider. Je le dis tout le temps à mon infirmière auxiliaire, je lui dis *OK s'il y a quelque chose n'hésite pas, je suis là puis on communique ensemble pis si t'as quelque chose viens m'en parler pis voilà ça va bien pour ça*. (Ingrid; IND-2)

Si les IND ont plus de difficultés dans les premiers mois avec cet aspect, toutes affirmaient qu'à la fin de la première année de pratique, elles étaient en mesure de mieux déployer ce rôle. Des participantes attribuent ces difficultés des premiers mois dans la gestion de la dyade au manque de leadership clinique infirmier des IND. Cette idée revient dans le discours de participantes de plusieurs groupes qui conviennent par contre que ceci n'est pas exclusif aux IND. Paulette (P-2) juge que les modèles de rôle sont insuffisants sur les unités de soins pour démontrer aux IND comment déployer de façon optimale cette compétence.

Le leadership, ça c'est une des choses c'est pas seulement [aux IND] qu'il en manque, mais je pense qu'à toute infirmière il en manque. [...] On manque de modèle, on a besoin de modèle, on a besoin vraiment de modèle de leadership. (Paulette; P-2)

Selon des CSI, bien que les infirmières puissent développer leur leadership, il demeure d'abord et avant tout intimement lié à la personnalité de l'individu, davantage que pour les autres compétences. Une IND qui a une attitude plus passive ou introvertie aura davantage de difficulté à déployer son leadership et prendre sa place dans l'équipe, comme l'explique Christiane (CSI-2) dans l'extrait suivant. Les IND étaient également en accord avec cette réflexion.

Je pense que le leadership infirmier qu'on voit c'est beaucoup relié pas nécessairement aux compétences, mais à la personnalité des gens. T'sais les gens qui sont plus introvertis, écoute il faut qu'ils rament beaucoup plus dans un centre comme ici pis comme CSI-3 disait tantôt avec la charge de travail, travailler avec d'autres professionnels, de faire sa place là-dedans quand t'es une personnalité plus passive là, il faut que tu travailles d'autant plus fort. (Christiane; CSI-2)

Des participantes, en parlant de leadership, mais d'autres compétences également, expriment des attentes bien définies pour les IND. Alexandra (X-3), ICU, exprime par exemple que les IND en début de pratique devraient être rapidement en mesure d'effectuer leurs évaluations, intervenir auprès de leurs patients et gérer le travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire. Malheureusement, elle affirme que ce n'est pas ce qu'elle observe et qu'une période de temps est nécessaire avant que les IND y parviennent :

Tu sais c'est ce qu'on s'attend d'elles quand elles arrivent dans le milieu hospitalier. On veut qu'elles prennent en charge dix patients avec une infirmière auxiliaire et un préposé. C'est ce qu'on s'attend dans le milieu pis c'est pas ça qui se passe. Elles sont pas capables de gérer ça. Elles sont pas capables de donner des directives, faire leurs soins, remplir les 300 formulaires; c'est sûr qu'il y a beaucoup, beaucoup de choses-là, mais tu sais elle est où sa priorité là-dedans pis comment elle fait pour déléguer quelque

chose, elle l'a pas ça non plus. (Alexandra; X-3)

Des participantes affirment que ces attentes élevées créent des tensions sur certaines unités de soins aigus aux prises avec des problèmes de rétention de l'effectif infirmier. Lorsque des IND sont orientées sur ces unités, l'ICU ou l'équipe s'attend à ce qu'elles soient rapidement aussi fonctionnelles qu'une infirmière d'expérience afin de partager le travail. On ne laisse pas les IND « être nouvelles » et on ne leur permet pas de prendre leur place graduellement. Des participantes affirment que cette situation crée un cercle vicieux : les IND ressentent une atmosphère négative ou trop de pression et demandent à être assignées à une autre unité, l'équipe se retrouve avec des besoins importants, les infirmières préceptrices de cette unité orientent sans cesse de nouvelles infirmières pour répondre à la demande, ce qui alourdit leur tâche, et le cycle reprend. Ioanna (IND-4) exprime clairement la pression ressentie dès la fin de son orientation pour être aussi performante qu'une infirmière d'expérience :

Ioanna (IND-4) : Puis ça c'est quelque chose que je déplore beaucoup parce que dès qu'on commence, de la journée 20 [la première journée après l'orientation] à maintenant, on s'attend que tu sois aussi efficace que l'infirmière que ça fait 25 ans qu'elle est là, qui connaît les patients, qui connaît les spécialités et qui est super efficace.

*Intervieweur : Puis ça on te le fait sentir ?*

Ioanna (IND-4) : Oui.

Si les IND ont plus de difficultés dans la gestion de la dyade avec une infirmière auxiliaire, une de leurs forces se trouve dans le travail en équipe avec d'autres individus : elles arrivent à entrer en relation facilement avec leurs patients et leur famille.

### *Être en relation avec mes patients et leur famille : Une force que je maintiens*

Des participantes de chaque groupe affirment que les IND entrent facilement en relation avec les patients, qu'elles savent communiquer et surtout qu'elles savent écouter les patients; il s'agit d'une de leurs forces. Ces éléments témoignent du déploiement de la compétence « Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé ». Ces éléments mettent également en lumière le déploiement de la compétence « Collaborer dans des équipes professionnelles », puisque cette collaboration inclut le patient et sa famille. Bien que ce soit une force des IND, l'une d'entre elle avoue avoir parfois plus de difficultés à entrer en relation avec certaines personnes âgées et certains patients qui présentent des troubles cognitifs. Elle juge qu'il est parfois difficile pour elle de rester calme et patiente avec des patients qui ont une attitude passive ou qui ne veulent pas être partenaires de leurs soins, attitude qu'elle attribue à certaines personnes âgées. Cette attitude s'apparente à un laisser-aller selon elle, qui va à l'encontre de ses valeurs. Concernant les personnes atteintes de troubles cognitifs, cette même IND explique qu'il est parfois difficile de communiquer avec un patient qui présente un trouble confusionnel aigu (p. ex., délirium) ou chronique (p. ex., maladie d'Alzheimer), ce qui l'empêche d'entrer en relation aussi facilement qu'avec d'autres patients.

Entrer en relation signifie être capable de communiquer avec les patients et leur famille et être à l'écoute de leurs besoins et préoccupations. Plusieurs participantes spécifient que les IND se disent capables de communiquer adéquatement, mais ajoutent qu'elles ont de la difficulté dans les débuts à le faire en même temps qu'elles font des interventions procédurales. Cette description de leur capacité de communication avec les patients et leur famille soutient une autre de leurs observations précédemment exprimées à l'effet qu'elles ont tendance à être



centrées sur une tâche, tout en se préoccupant du patient en adaptant leurs soins. Chantal (CSI-1) affirme que les IND ont bien réussi à intégrer la philosophie d'humanisme-*caring* à leurs soins :

L'humanisme-*caring*, c'est beaucoup quelque chose qui revient dans leurs discours. Je pense que là-dessus la faculté fait vraiment un super bon travail de vraiment essayer de les amener à être à l'écoute de la personne pis à pas juste faire les soins physiques, mais essayer d'explorer plus l'aspect famille aussi, plus psychosocial aussi donc tout ce qui a de moins tangible. [...] Là-dessus je trouve que c'est quelque chose qui est démontré beaucoup plus facilement. Ça reste souvent des CEPI qui ne sont pas capables nécessairement d'interagir pendant qu'elles font un soin, mais elles vont rester plus à l'affût de *qu'est-ce qui vous préoccupe le plus?* Pis de voir la famille pis de juste dire *ah vous avez l'air inquiet, est-ce que le médecin vous a parlé?* C'est ça moi je trouve qui ressortait le plus. (Chantal; CSI-1)

Ingrid (IND-2) corrobore ces propos et explique son habileté à échanger avec les patients dans le but d'adapter son enseignement :

Adapter son enseignement en fonction des préoccupations [...] je demande toujours *qu'est-ce que vous connaissez? Qu'est-ce que vous voulez savoir?* J'essaie toujours de faire en fonction de ce qu'ils savent puis de ce qu'ils veulent connaître. (Ingrid; IND-2)

Outre être à l'écoute des patients et identifier leurs besoins, les IND doivent également entrer en relation avec les familles présentes sur les unités de soins aigus. Sur cet aspect, les participantes sont ambivalentes sur la capacité des IND à explorer la dynamique familiale et à intégrer les familles aux soins de façon satisfaisante. Chantal (CSI-1) juge que les IND ont le souci d'explorer la signification de l'expérience de santé non seulement pour le patient, mais pour ses proches également, tel que démontré par un extrait précédent. Ceci est corroboré par d'autres participantes, incluant des IND. Par contre, une autre participante juge que certaines IND ont tendance à oublier d'intégrer la famille en début de pratique, en spécifiant que cet aspect

revient éventuellement :

La famille aussi, ça souvent c'est un petit peu oublié. Elles vont pas chercher les informations auprès de la famille. Ça prend du temps ça aussi avant qu'elles soient capables d'aller chercher ce qu'elles ont besoin auprès de la famille. (Alexandra; X-3)

Des participantes expliquent qu'il peut être parfois difficile pour les IND d'intégrer la famille puisqu'elles travaillent davantage sur le quart de nuit, alors que les familles ne sont pas présentes sur les unités de soins. De plus, comme la priorité est généralement donnée au sommeil des patients, les interactions avec les patients sont limitées. Trois des quatre IND apportent ce point puisqu'elles travaillent (ou ont travaillé) de nuit et elles mentionnent qu'il était plus difficile de déployer cette compétence. Ioanna (IND-4) élabore cet aspect, en précisant comment elle tente tout de même de déployer cette compétence et de prendre en compte le patient lorsqu'elle travaille de nuit :

Agir avec humanisme, c'est peut-être la compétence qui la nuit est un peu plus difficile parce qu'évidemment je respecte le sommeil de mes patients alors je ne vais pas faire du *caring* avec mon patient qui dort. Mais j'ai l'impression que ça c'est un peu la contrainte de travailler de nuit parce que comme on a une réalité de soins le matin qu'il faut faire, bien c'est sûr que des fois de prendre le temps de faire des soins humanistes avec le patient... j'essaie toujours quand même d'inclure le patient dans la planification de la journée même si ce n'est pas moi qui vais l'avoir de jour, je vais parler avec le patient de ce qui s'en vient, qu'est-ce qu'il voit, c'est quoi les objectifs qu'on pourrait avoir ensemble dans la journée même si je ne suis pas là; mais c'est sûr que j'ai l'impression de moins travailler mon *caring* la nuit. Par contre, le jour c'est plus facile et en plus les familles sont présentes alors on peut vraiment avoir une meilleure évaluation. (Ioanna; IND-4)

Être en relation avec le patient et sa famille et l'intégrer à l'équipe signifie aussi pour certaines IND l'aider dans la promotion de la santé. Toutes les IND s'entendent pour dire qu'elles sont capables de déployer des interventions « de base » en promotion de la santé,

qu'elles sont capables de questionner rapidement le patient sur sa motivation à modifier un comportement, généralement très spécifique au domaine dans lequel elles travaillent (p. ex., la cessation tabagique sur un département de pneumologie). Elles disent toutefois que c'est difficile, précisant qu'elles jugent ne pas avoir le temps de pousser plus loin leur évaluation ou d'utiliser l'entretien motivationnel.

Ce second thème, décrivant la collaboration professionnelle des IND, a permis de constater qu'elles arrivent à travailler en équipe interprofessionnelle et à prendre leur place, mais que la gestion de la dyade avec l'infirmière auxiliaire est un défi. Elles entrent facilement en relation avec leurs patients et leur famille et sont à l'écoute de leurs besoins, ayant intégré la philosophie humaniste-*caring*, mais éprouvent des difficultés à intégrer des interventions de promotion de la santé. Le prochain thème exposera la façon dont les IND mettent en œuvre une pratique scientifique sur leur unité de soins aigus. Le Tableau 10 à la page suivante résume les sous-thèmes décrits dans cette section en identifiant de nouveaux propos venant appuyer les résultats.

Tableau 10

Tableau synthèse du thème « *Ma collaboration professionnelle* »

<b>Ma collaboration professionnelle : Faire partie d'une équipe, travailler en dyade, être en relation avec mes patients et leur famille</b>	
<b>Compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé</li> <li>• Collaborer dans des équipes professionnelles</li> <li>• Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière</li> <li>• Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé</li> </ul>
<b>Sous-thème</b>	<b>Verbatim</b>
Faire partie d'une équipe : Parvenir à prendre ma place	Quand on est étudiante on essaie de travailler avec les autres professionnels de la santé, mais c'est un peu difficile quand on est pas complètement dans notre rôle [...], mais l'unité me permet particulièrement d'avoir un rôle dans l'équipe multi parce qu'on travaille énormément avec les physiothérapeutes et les inhalothérapeutes pour les greffés pulmonaires, on est beaucoup avec les nutritionnistes aussi, et même au sein de l'équipe médicale, on a beaucoup de collaboration. (Ioanna; IND-4)
Travailler en dyade : Un défi colossal que je dois relever	Juste le travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire c'est pas quelque chose qu'on apprend nécessairement et c'est difficile de savoir tirer son épingle du jeu. (Chantal; CSI-1)
Être en relation avec mes patients et leur famille : Une force que je maintiens	J'adore intégrer la famille moi, j'aime ça, j'essaie le plus possible de l'intégrer. Quand la famille est prête à faire quelque chose c'est sûr, il y en a qui veulent pas tout le temps faire quelque chose pis ça va bien en général. (Ingrid; IND-2)

## **Ma pratique scientifique : Faire ma démarche de soins et utiliser des sources scientifiques**

Le troisième thème ressortant de l'analyse des compétences déployées par les IND est leur pratique scientifique. Le programme de formation initiale en sciences infirmières dont les IND étaient diplômées vise à les préparer à appuyer leur pratique professionnelle sur les résultats probants des plus récentes recherches de leur domaine, mais également de domaines connexes. Deux sous-thèmes émergent quant à cette pratique scientifique : la réalisation de la démarche de soins infirmiers, processus analytique rigoureux permettant d'intervenir avec justesse et menant à une qualité de soins optimale, ainsi que l'utilisation des ressources scientifiques sur lesquelles baser leurs interventions. Les éléments de ce dernier thème sont en lien avec les indicateurs de développement des compétences « Exercer un jugement clinique infirmier » et « Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ».

### ***Faire ma démarche de soins : Je fais des liens entre les données recueillies... si j'ai le temps***

Plusieurs participantes discutent du processus de démarche de soins infirmiers que les IND font. Il s'agit d'un processus continu permettant à l'infirmière de porter un jugement clinique et d'intervenir, à la suite de quelques étapes : collecte des données sur la situation d'un patient, analyse des données recueillies, planification, mise en œuvre et évaluation d'interventions auprès de ce patient. Des participantes mentionnent que lorsqu'on permet aux IND de prendre le temps nécessaire afin d'analyser les données, faire des liens et qu'on les soutient dans ce processus en leur posant des questions, elles sont capables d'y arriver. Ces participantes jugent que, ce faisant, les IND démontrent leur jugement clinique. Pendant la semaine d'accueil où les IND ne sont pas encore assignées aux unités de soins aigus, elles sont

dans un environnement répliquant une salle de classe et travaillent en groupe, sous la supervision de deux CSI. Les IND peuvent donc se permettre de réfléchir aux données d'une situation clinique précise, d'identifier des connaissances antérieures pertinentes, d'émettre des hypothèses. À la suite de ces étapes, elles peuvent vérifier leurs hypothèses dans des sources scientifiques crédibles et trouver plus d'informations sur la façon pertinente d'intervenir dans la situation. Cécile (CSI-8), impliquée dans l'accueil des nouvelles infirmières, affirme sans hésiter que les IND sont en mesure d'effectuer leurs démarches de soins et de faire les liens pertinents dans la situation clinique rencontrée :

Au niveau du jugement clinique, on utilise des mises en situation [...] et les IND sont quand même assez bien enlignées pour faire des liens entre la mise en situation, les hypothèses, aller chercher dans les livres pour arriver à donner des soins de qualité. (Cécile; CSI-8)

Anne (X-2) constate une différence entre les IND d'un programme basé sur l'APC et d'autres IND. Elle juge que les premières ont une capacité accrue à faire des liens, qu'elles démontrent une curiosité scientifique et une aisance à chercher des sources de données crédibles :

Je trouve que c'est bien parce qu'avec l'approche actuelle, elles développent beaucoup leur capacité d'analyse. Moi je les trouve beaucoup plus fortes en termes de faire des liens. [...] On le voit quand elles arrivent en orientation générale, elles sont vites à faire des liens, elles sont curieuses, elles cherchent; aller trouver une source de données, c'est pas un problème. Je trouve qu'à ce niveau c'est beaucoup mieux qu'avant. (Anne; X-2)

À la suite de cette semaine d'activités théoriques, lorsque ces IND sont assignées aux unités de soins, cette capacité à faire des liens semble moins démontrée et ceci se reflète dans le discours des CSI et des ICU. Elles expliquent que les IND deviennent trop axées sur les tâches

pour faire une évaluation complète et être en mesure de faire des liens entre les éléments de la situation ou anticiper les complications de leurs patients. Les participantes qui font ces observations s'appuient sur des arguments et des justifications expliquant pourquoi les IND n'arrivent pas à faire ces liens : lourdeur de la charge, lourdeur administrative, manque de modèles de rôle et manque de reconnaissance du rôle de l'infirmière. Anne (X-2) explique aussi que sans empêcher les IND de faire des liens ou de faire une démarche de soins plus complète, ces dernières n'y sont pas toujours encouragées, que ce soit par des infirmières préceptrices ou d'autres collègues :

Je trouve qu'elles se font vite engloutir. Tu sais quand elles veulent démontrer des compétences qui sont très bien en termes d'évaluation de la clientèle, ben elles se font parfois rabrouer en disant *regarde fais pas ci ou fais pas ça de même, je vais te le montrer comment faire, t'as pas besoin de faire ça.* (Anne; X-2)

Bien que ceci ne soit pas toujours fait dans un but négatif, il n'en demeure pas moins que les IND peuvent le comprendre ainsi. Toutes les participantes s'entendent pour dire que la démarche de soins et le jugement clinique qui sous-tend cette démarche sont difficiles à exercer en début de pratique. La perception du déploiement de cette compétence varie beaucoup entre les groupes d'acteurs-clés à l'étude. Par exemple, les IND jugent qu'elles sont en mesure d'exécuter une démarche de soins, démontrant ainsi leur jugement clinique. Elles précisent qu'elles font une évaluation ciblée rapidement en début de pratique, leur permettant ainsi de collecter des données cliniques en lien avec la situation de leurs patients (première étape de la démarche de soins). Au contraire, d'autres participantes évaluent que les IND maîtrisent peu cette étape d'évaluation de la santé physique et mentale, ce qui rend plus difficile l'établissement de lien entre les données et la planification d'interventions justes et appropriées. Adèle (X-1)

précise que peu de modèles de rôle sont présents sur les unités de soins. Elle ajoute que certains intervenants dissuadent et même empêchent les IND d'effectuer certains éléments précis de l'évaluation de la santé de leur patient, alors que ceci représente le cœur de l'exercice infirmier :

L'examen clinique, je pense qu'à l'école ils l'apprennent quand même, ils n'ont pas beaucoup la chance de le pratiquer [en stage] et quand ils arrivent dans les milieux, ils n'ont vraiment pas beaucoup la chance de le pratiquer. [...] j'ai déjà vu une chirurgienne dire aux infirmières, *je vous interdis d'ausculter*. (Adèle; X-1)

L'examen clinique, ou l'évaluation de la santé physique et mentale, est un des moyens pour l'IND de collecter des données sur la situation d'un patient, lui permettant ainsi de débiter son processus de démarche de soins et d'utiliser son jugement clinique afin de déterminer les interventions les plus appropriées à effectuer. D'autres données sont trouvées dans le dossier du patient ou en discutant avec des collègues de l'équipe intra ou interprofessionnelle. Afin d'approfondir la compréhension de la situation du patient et lui permettre de planifier des interventions infirmières pertinentes, l'IND pourra analyser les données recueillies à la lumière de sources scientifiques mises à sa disposition sur les unités de soins ou chez elle.

### ***Utiliser des sources scientifiques : Une bonne habitude que je perds rapidement***

Un consensus se dégage parmi les participantes : en début de pratique, les IND d'un programme universitaire basé sur l'APC démontrent une curiosité scientifique qui se démarque des autres IND, une propension à poser des questions pertinentes et à chercher les réponses dans des sources scientifiques crédibles. Cassandra (CSI-5) affirme que ces IND sortent du lot :

Je la vois la différence avec les bacheliers qu'on avait puis celles qu'on a maintenant. La curiosité est beaucoup plus là qu'elle l'était avant. Ça je peux



pas le nier, puis je vois plus de curiosité aussi au niveau de la clinicienne que de celle qui a terminé son DEC là. (Cassandra; CSI-5)

Les IND attribuent cette curiosité à leur parcours de formation. Plusieurs d'entre elles mentionnent qu'elles ont appris à consulter des ressources scientifiques et à identifier leur crédibilité, mais également à questionner toute nouvelle information concernant un soin, un traitement ou une maladie qu'une collègue pourrait leur mentionner, afin d'en connaître la provenance. Des participantes d'autres groupes semblent plutôt affirmer que les IND contestent peu les informations qu'elles reçoivent d'autres infirmières, comme il a été fait mention précédemment.

Sur les unités de soins, cette recherche d'informations dans des sources scientifiques crédibles se traduit souvent par la consultation de ressources mises à la disposition des infirmières, surtout grâce à des plateformes informatiques accessibles à partir de n'importe quel poste informatique de l'unité. Ces outils regroupent, entre autres, l'ensemble des techniques de soins que l'infirmière peut avoir besoin dans son travail quotidien ainsi qu'un accès à une base de données sur les médicaments et d'autres informations de nature biomédicale.

Des participantes affirment que les IND consultent régulièrement ces ressources, ce qui est confirmé par les IND. Ces dernières précisent par contre qu'elles manquent parfois de temps pendant leur quart de travail pour consulter les ressources et qu'elles interrogent alors une collègue pour avoir une réponse rapidement. Elles doivent alors prendre le temps lorsqu'elles ne travaillent pas pour approfondir certains aspects, ce que certaines d'entre elles affirment faire. Des IND et d'autres participantes affirment que cette habitude se perd avec le temps. Des participantes expliquent le fait que les IND semblent perdre leur curiosité scientifique et leurs

habitudes d'utiliser des sources scientifiques crédibles par deux raisons principales : le manque de temps/surcharge de travail ainsi que le souci de se faire accepter par le reste de l'équipe. Cassandra (CSI-5) et Catherine (CSI-9) expriment clairement les raisons qu'elles croient être à la base de ce changement d'habitude :

Elles le font [aller fouiller dans les techniques de soins] le premier jour, le deuxième jour, mais après ça dès qu'elles commencent à voir qu'il y a plus de patients, pis que c'est l'organisation qui est la vitesse. Y a peu de monde qui vont prendre la peine d'aller voir les méthodes de soins pis c'est ton outil de travail, c'est basé sur des données probantes. (Cassandra; CSI-5)

Au début, elles l'ont [la curiosité d'aller chercher], c'est très présent. Mais par la suite, je ne sais pas si c'est la charge de travail et aussi le souci de faire partie de l'équipe, d'être homogène dans le groupe qui fait que des fois, [elles perdent] certaines bonnes habitudes qu'elles avaient. (Catherine; CSI-9)

Des participantes mentionnent que le fait de travailler sur le quart de nuit peut aider les IND à conserver cette curiosité scientifique. Elles ont la responsabilité d'un plus grand nombre de patients, mais elles bénéficient d'un peu plus de temps pour lire les dossiers, se questionner sur les situations de santé des patients et chercher des informations. Comme le mentionne Ioanna (IND-4), elle peut prendre plus de temps la nuit pour réfléchir et planifier ses interventions :

Je trouve que c'est plus facile [...] de nuit parce qu'on a – oui on a plus de patients – mais on a plus de temps avec le patient, le patient n'est pas parti en examen, on a le dossier, on peut lire, on peut vraiment connaître le cas, ce qui s'est passé dans les 24 ou 48 dernières heures puis on est moins à la course et on a plus le temps de s'asseoir et de réfléchir à ce qui se passe, puis anticiper aussi les interventions qui sont à venir parce que du fait qu'il n'y a pas de médecin sur l'unité ça fait en sorte qu'on essaie d'anticiper un peu. (Ioanna; IND-4)

Finalement, des IND soulèvent que le fait de ne pas avoir accès aux banques de données d'articles scientifiques directement sur les unités de soins les empêche d'avoir une pratique

basée sur des résultats probants et de conserver cette culture scientifique. Ces éléments témoignent que les IND ont besoin d'un certain soutien dans leurs débuts professionnels afin de conserver certains éléments acquis à la fin de leur formation initiale.

Ce troisième thème, décrivant la pratique scientifique des IND, a permis de constater qu'elles arrivent à faire leurs démarches de soins et établissent des liens entre les données des situations de leurs patients, mais ceci leur prend un certain temps. Les IND ont également une curiosité scientifique et une facilité à chercher de nouvelles informations, mais elles doivent être soutenues afin de conserver ces habitudes. La prochaine section exposera les facteurs influençant le déploiement de compétences des IND, répondant ainsi à la troisième question de recherche. Le Tableau 11 à la page suivante résume les sous-thèmes décrits dans cette section en identifiant de nouveaux propos venant appuyer les résultats.

Tableau 11

*Tableau synthèse du thème « Ma pratique scientifique »*

<b>Ma pratique scientifique : Faire ma démarche de soins et utiliser des sources scientifiques</b>	
<b>Compétences</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer un jugement clinique infirmier</li> <li>• Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ».</li> </ul>
<b>Sous-thème</b>	<b>Verbatim</b>
Faire ma démarche de soins : Je fais des liens entre les données recueillies... si j'ai le temps	Elles développent beaucoup leur capacité d'analyse. Moi je les trouve beaucoup plus fortes en termes de faire des liens. (Anne; X-2)
Utiliser des sources scientifiques : Une bonne habitude que je perds rapidement	Les compatibilités par exemple c'est sûr que je vais toujours [vérifier le tableau], les médicaments je me réfère, techniques de soins aussi je me réfère, j'ai encore la curiosité scientifique aussi d'aller chercher une information quand il y a quelque chose de nouveau quand j'ai le temps, c'est sûr aussi des fois c'est pas tout le temps évident. (Ingrid; IND-2)

## **Facteurs liés au déploiement de compétences**

À travers la description générale de la culture de milieu hospitalier de soins aigus, le portrait des participantes ainsi que la présentation des compétences déployées par des IND, plusieurs facteurs susceptibles d'influencer le déploiement de compétences ont été exposés. Une synthèse de ces éléments sera présentée dans cette section. Ils sont divisés en deux thèmes, soit les facteurs organisationnels en lien avec l'établissement de santé et l'environnement dans lequel pratiquent les IND, et les facteurs individuels qui sont en lien avec les différents acteurs présents sur les unités de soins aigus.

### **Facteurs organisationnels : Les aider à déployer leurs compétences et conserver leurs acquis**

Les facteurs organisationnels présents dans l'établissement de santé et susceptibles d'influencer le déploiement de compétences des IND peuvent être regroupés en quatre sous-thèmes : l'orientation, la stabilité, la charge de travail ainsi que la culture scientifique.

#### ***Orientation : Une période charnière pour les aider à déployer leurs compétences***

Comme discuté précédemment, lorsque les IND sont embauchées dans l'établissement de santé, elles commencent un programme d'orientation théorique et pratique leur permettant d'être intégrées aux équipes des unités de soins. Ce programme a été entièrement revu il y a quelques années pour mieux répondre aux besoins des unités. Adèle (X-1) décrit le programme qui, selon elle, constitue une amélioration par rapport à celui dont elle a bénéficié il y a environ dix ans :

Bien je pense qu'on a un excellent programme d'accueil; je ne l'ai pas récemment comparé avec d'autres CHU par exemple, j'imagine que ce doit être comparable, mais si je compare à moi ce que j'ai eu – et ça ne fait pas 30 ans, ça fait 10 ans – c'est rien à comparer. On offre quand même 5 jours en classes théoriques; on a fait une réforme du programme d'intégration récemment et on a essayé de ne pas dédoubler l'information qu'elles ont à l'école, mais bien de mettre ce qu'elles ont appris à la saveur d'ici, sinon de vraiment les intégrer plus en ligne avec nos formulaires, nos outils d'évaluation, nos façons de faire et tout ça. Donc je pense que 5 jours c'est quand même bien. Par la suite, elles ont 19 jours d'orientation à l'unité, ce qui est énorme. Moi à l'époque j'avais eu 5 jours, puis j'étais équipe volante après. (Adèle; X-1)

Bien que ce programme ait été revu dans les dernières années, des participantes le jugent trop court et trop rigide pour les IND. Patricia (P-1) critique que la durée du programme soit la même pour toutes les IND, peu importe l'unité de soins aigus sur laquelle elles sont affectées. Certaines unités ont une clientèle présentant des situations plus complexes, requérant une intensité de soins plus élevée, ce qui pourrait nécessiter une plus longue période d'orientation afin de permettre aux IND de s'intégrer et déployer leurs compétences progressivement. Elle ajoute que certaines IND pourraient bénéficier de quelques journées d'orientation supplémentaires; des participantes corroborent cet élément et disent qu'au besoin, des journées sont effectivement ajoutées à la période d'orientation de l'IND. Mais selon l'expérience de Patricia (P-1), cet ajout de journées supplémentaires est parfois refusé, puisqu'il entraîne des coûts pour l'établissement de santé :

Je sais que les CSI trouvent qu'ils manquent souvent de journées, c'est qu'un moment donné aussi du point de vue plus au niveau de la gestion de l'établissement c'est sûr que l'orientation, ça nous coûte extrêmement cher, ça coûte très, très cher et c'est qu'un moment donné je me dis : mais si elles ont besoin de plus que ça, bien c'est peut-être parce qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas au départ, soit pour la personne ou de la formation qu'elle a reçue, je ne sais pas. (Adèle; X-1)

Adèle (X-1) exprime ici un point de vue de gestionnaire, qui doit prendre certaines décisions en fonction des budgets alloués. Elle semble par contre étiqueter négativement une IND ayant besoin de journées supplémentaires pour terminer sa période d'orientation. Ceci explique les critiques de Patricia (P-1) sur la rigidité du programme.

Si la durée et l'organisation de cette période d'orientation influencent l'intégration des IND aux unités de soins et le déploiement de leurs compétences, des participantes mentionnent qu'un autre facteur est le nombre de préceptrices participant à l'encadrement. Un effort est fait pour qu'une IND soit supervisée par la même préceptrice tout au long de la période d'orientation. Lorsque le contraire se produit, des participantes expliquent que le soutien est alors inégal, ce qui affecte négativement la progression de l'IND dans le déploiement de leurs compétences. Comme la période d'orientation est relativement courte, cet élément peut avoir une influence sur l'évaluation des compétences de l'IND qui sera faite après les 19 jours d'orientation.

Les IND spécifient qu'elles ont toutes eu plusieurs préceptrices, allant même jusqu'à cinq préceptrices en sept jours travaillés pour Isidora (IND-3). Alors que le fait d'être encadrées par plusieurs préceptrices peut comporter un avantage en termes d'apprentissage de méthodes de travail, les IND et d'autres participantes soulèvent plutôt l'aspect négatif du manque de suivi d'une préceptrice à l'autre, et de l'adaptation au tandem préceptrice-précepteur. Divers éléments peuvent influencer le jumelage entre une infirmière préceptrice et une IND, comme les congés, les maladies ou encore les vacances. Ioanna (IND-4) pense également qu'une priorité est donnée pour que les IND terminent leur période d'orientation le plus rapidement possible afin de combler les besoins en personnels de l'unité :

J'ai été la personne sur l'unité qui a eu le plus de préceptrices pendant mon orientation, je pense que j'ai eu 5 préceptrices différentes en 19 jours. J'ai commencé au début juin, j'étais avec un précepteur, mais le précepteur a eu des vacances, là je suis allée avec une autre préceptrice – maladie – je suis allée avec une troisième. Au final, je pense que les besoins de l'unité faisaient en sorte qu'ils voulaient qu'on finisse notre orientation le plus rapidement possible donc je n'ai pas respecté l'horaire nécessairement de mon précepteur parce que j'aurais terminé plus tard alors pour que je commence à être fonctionnelle plus rapidement bien j'ai eu 5 précepteurs. (Ioanna; IND-4)

Finalement, un dernier élément concernant les activités d'orientation est la disponibilité physique et mentale des infirmières préceptrices. Pour différentes raisons, certaines unités de soins ont un roulement de personnel élevé, les infirmières préceptrices étant donc sollicitées régulièrement pour encadrer de nouvelles infirmières ou des stagiaires provenant de programmes de baccalauréat en sciences infirmières. Certaines de ces préceptrices ressentent une pression énorme pour que la nouvelle infirmière soit prête le plus rapidement possible à fonctionner seule, comme l'exprimait Ioanna (IND-4) dans l'extrait précédent. Ceci crée un stress sur le tandem préceptrice-préceptorée et peut avoir une influence négative sur le soutien offert à l'IND dans le déploiement de ses compétences, ne lui permettant pas d'aller à son rythme et de profiter de chaque occasion d'apprentissage. Il arrive aussi qu'on force une infirmière à faire du préceptorat, ce qui a une influence négative selon Paulette (P-2) :

Et puis si on sait qu'une personne n'a toujours pas envie de faire du préceptorat, c'est peut-être le temps de l'enlever de la liste de préceptorat parce que quand je prends [une IND] que je mets avec quelqu'un que ça lui tente pas du tout de faire du préceptorat, ça va pas aller. (Paulette; P-2)

L'analyse des données permet donc de constater que divers éléments liés aux activités d'orientation des IND influencent comment celles-ci sont intégrées à leur nouvelle unité de soins. Cette intégration et le soutien qu'elles recevront les aideront dans le déploiement de leurs



compétences dans les premiers mois de pratique. Parmi ces éléments, la durée du programme d'orientation, le nombre d'infirmières préceptrices pour une même IND ainsi que l'intérêt des préceptrices se démarquent.

***Stabilité : Un élément crucial pour soutenir leur intégration***

Afin d'aider les IND à s'intégrer aux unités de soins aigus, des participantes mentionnent que la stabilité sur une unité influence de façon positive le déploiement de nombreuses compétences, dont la collaboration professionnelle, le jugement clinique et le leadership clinique. Certains mécanismes sont mis en place dans l'établissement de santé pour permettre aux IND de rester sur la même unité de soins pendant trois mois, leur permettant d'apprendre à connaître l'équipe intraprofessionnelle et de côtoyer différents modèles de rôle. Une plus longue période de stabilité sur une unité permet aux IND de connaître les autres professionnels de la santé, ce qui favorise la collaboration interprofessionnelle.

On met toutes sortes de mécanismes pour les stabiliser, pour qu'elles créent des liens dans une équipe, pour qu'elles aient des figures de référence, pour qu'elles connaissent qu'on regarde avec elles l'évolution qu'elles font puis qu'elles puissent mettre des mots sur ce qu'elles vivent de difficile. (Anne; X-2)

Après cette période de trois mois, les IND sont affectées à l'équipe volante. Des participantes expriment que cette transition survient trop rapidement et que la période de stabilisation de trois mois devrait être prolongée afin de permettre une meilleure consolidation des compétences des IND :

C'est important qu'elles soient stabilisées ces filles-là pour qu'elles arrêtent de se chercher. Quand tu changes d'unités sans arrêt, c'est difficile d'avoir sa

propre méthode de travail quand on est toujours à la recherche de quelque chose. Si on les stabilise pendant trois mois puis c'est une bonne chose que même après trois mois des fois tu te poses la question *sont-elles prêtes?* Des fois il faudrait les garder un autre trois mois là parce que leur méthode de travail est pas encore assez consolidée. Trois mois c'est le minimum; moi-même je mettrais un petit peu plus longtemps. Si on était capable de les stabiliser plus longtemps que ça je pense que ça serait encore plus gagnant pour elles. (Alexandra; X-3)

Lorsqu'elles font partie de l'équipe volante, un effort est fait pour assigner les IND à une unité spécifique, mais elles peuvent être appelées à travailler sur des unités différentes chaque jour, ce qui rend plus difficile le déploiement de compétences, en particulier sur les plans de l'organisation du travail et de la collaboration intra et interprofessionnelle. Les IND de l'équipe volante ressentent beaucoup de stress et même parfois un sentiment d'exclusion de la part de l'équipe régulière de l'unité où elles sont attirées pour la journée. Isabelle (IND-1) est plutôt critique de son passage sur l'équipe volante. Alors qu'elle juge que cette période lui a très certainement permis de faire certains apprentissages et d'acquérir des connaissances, elle verbalise le stress ressenti et l'impression qu'elle avait qu'on lui gardait une charge plus importante que les autres infirmières, simplement parce qu'elle faisait partie de l'équipe volante :

Changer de département, d'équipe, de spécialité que je connais zéro, je peux te dire que c'est extrêmement stressant, le stress était dans le tapis tout le temps, mais à un moment donné t'as comme le *beat* qui embarque, plus tu vas sur certaines unités, plus que tu connais les spécialités, plus tu connais aussi les équipes. Je faisais beaucoup de soirs donc les équipes de soir je commençais à les connaître. Mais si des fois on dit quand tu es sur l'équipe volante tu fais pas vraiment partie de l'équipe, oui ça on le ressent. Des fois tu le sais que la section que t'as tu serais pas supposée d'avoir ça. (Isabelle; IND-1)

Ces éléments amènent certaines IND dans les premiers mois à remettre en question le

choix qu'elles ont fait de devenir infirmière, sentiment qui s'estompe par la suite, en particulier lorsque les IND réussissent à obtenir un poste sur une unité de soins. Si être assignée à l'équipe volante apporte son lot d'éléments négatifs, cette affectation permet cependant d'augmenter l'exposition à des expériences et des clientèles variées. Ceci confronte l'IND à un éventail plus large de situations différentes et lui permet de déployer, entre autres, son jugement et son leadership cliniques.

La stabilité de l'horaire est un autre élément qui peut influencer les IND et le déploiement de leurs compétences. Alors qu'un effort est fait pour stabiliser les IND sur une unité pendant les premiers mois de pratique, il semble que ceci soit moins vrai pour la stabilité sur les quarts de travail. Historiquement, les nouvelles recrues des centres hospitaliers travaillent de nuit, étant les postes les plus difficiles à combler. Le travail sur ce quart est distinct de celui de jour ou de soir, pour différentes raisons : la priorité est accordée au sommeil des patients, les équipes sont réduites, les autres professionnels sont quasi absents et peu de tâches techniques sont effectuées. Des participantes de tous les groupes rapportent que les IND sont appelées à travailler de nuit, en plus d'alterner avec d'autres quarts de travail, qui peuvent avoir des routines et des exigences différentes. Cécile (CSI-8) explique que cette rotation n'est pas souhaitable et n'aide pas le déploiement de compétences des IND :

Il y a des chefs qui jouent un petit peu sur les jours, soirs, nuits dans les dix-[neuf] jours. Parce qu'ils leur font faire presque les trois quarts de travail en même temps puis qu'on a beau leur dire ça aide pas parce que [les IND] ont pas consolidé leur rôle dans un service et acquis les soins pour la clientèle qu'on les passe sur un autre service, on les ramène. Ça, ça n'a jamais donné quelque chose qui était vraiment gagnant. (Cécile; CSI-8)

Des participantes se demandent également si le quart de travail de nuit est le plus

approprié pour de jeunes infirmières qui tentent de déployer leurs compétences et de poursuivre leur développement. Puisque les équipes sont réduites, le soutien offert aux IND est limité, malgré certaines stratégies mises en place dans l'établissement de santé, comme l'assignation de CSI sur le quart de nuit. De plus, la collaboration interprofessionnelle devient une collaboration plutôt théorique, par la lecture du dossier des patients et la rédaction de notes pour les différents professionnels. Des participantes reconnaissent que le quart de travail de nuit laisse plus de temps aux IND pour lire le dossier, faire des recherches et se poser des questions; ceci peut donc les aider à exercer des éléments de leur jugement clinique ou de la rigueur scientifique.

Peu de séances de formation continue sont offertes la nuit, mais les infirmières travaillant sur ce quart peuvent avoir accès à ces formations si elles décident de rester après leur quart de travail. À ce sujet, les IND sont divisées : l'une d'entre elles mentionne que ce n'est pas idéal, car l'infirmière est fatiguée de sa nuit de travail, alors qu'une autre trouve ce moment très pratique.

Peu importe l'unité ou le quart de travail sur lesquels l'IND est assignée, la stabilité ressort comme étant un élément important permettant à celle-ci de s'intégrer, consolider son rôle. De plus, selon certaines participantes, cette stabilité aide l'IND à déployer plusieurs compétences, dont la collaboration interprofessionnelle, le jugement et le leadership cliniques.

***Charge de travail : Des attentes pas toujours adaptées à leur niveau de compétences***

Comme le mentionnent plusieurs participantes de tous les groupes à l'étude, les infirmières ont une charge de travail importante sur les unités de soins aigus. Tel que précédemment expliqué, les participantes emploient le terme charge de travail pour définir non

seulement le nombre de patients dont l'infirmière est responsable, mais également la complexité de la situation de santé et des soins à effectuer. Elles attribuent cette charge importante aux ressources financières et humaines limitées qui influencent l'organisation des soins. Des participantes parlent de surcharge de travail, laquelle est ressentie également par des infirmières d'expérience qui sentent une pression, et ce, même si elles travaillent dans l'établissement de santé depuis de nombreuses années :

Pour nous aussi quand on a de l'expérience, on a de la misère parfois à terminer nos affaires à temps parce qu'on trouve que c'est trop aussi. (Patricia; P-1)

Moi étant de voir ce que je vois c'est beaucoup le contexte de soins actuels, la surcharge de travail. Les précepteurs eux-mêmes ont déjà de la difficulté, mettons sans être précepteurs à arriver dans leur temps. (Caroline; CSI-3)

Cette charge importante est également ressentie par les IND :

C'est sûr au début les conditions, des fois la charge de travail est pas bien répartie, parce que des fois c'est la condition des patients qui dépendent de ton travail, des fois t'as juste trop de travail pour exercer toutes les compétences que tu devrais exercer. (Isidora; IND-3)

Dans ce contexte de charge importante, il devient alors difficile d'adapter la période d'orientation et de probation au rythme et au niveau de compétences de chaque IND. Pendant la période d'orientation, une diminution de la charge est normalement prévue afin que l'infirmière préceptrice ait plus de souplesse pour accompagner et soutenir l'IND. L'objectif de cette période d'orientation est d'amener l'IND à être en mesure d'assumer la même responsabilité de soins que les autres infirmières de l'unité, après 19 jours. Puisque ce sont non seulement de nouvelles employées de l'établissement de santé, mais également de nouvelles infirmières, certaines participantes spécifient qu'elles devraient avoir une charge moins

importante qu'une infirmière d'expérience. Selon l'unité de soins, l'ICU et la répartition que fait l'AIC, une IND peut parfois bénéficier d'une charge moins importante que ses collègues; un effort est fait sur ces unités pour tenter de ne pas assigner les cas les plus complexes aux IND et mieux répartir la charge entre les infirmières.

Cependant, des éléments contextuels empêchant cette diminution de la charge surviennent de façon quasi récurrente. Ceci amène les participantes à faire la différence entre ce qu'elles aimeraient « dans un monde idéal », soit une adaptation de la charge selon le niveau de compétences de l'IND, pendant et après la période d'orientation, et ce qui arrive « dans la réalité », soit que l'IND aura la même charge que les autres infirmières :

Dans un monde idéal qu'est-ce qu'on souhaiterait c'est de pouvoir faire en sorte que tranquillement on augmente la charge, qu'on donne des patients qui sont stables, bon tout ce qu'on connaît qu'on voudrait bien mettre en pratique. Mais la première journée qu'elles arrivent, il manque une infirmière pis on a pas personne pour la remplacer, [l'IND] va avoir la même charge de travail nonobstant que tu commences. Même si l'assistante devrait garder un œil sur toi pour être sûr que tu dérapes pas, mais la réalité te rattrape puis fait en sorte que somme toute c'est pas quelque chose qui est faisable [d'avoir une charge adaptée]. Puis je pense pas ici plus qu'ailleurs, mais somme toute si je fais le constat, c'est vraiment ça on aurait une volonté de dire ben elle elle est bonne puis elle va se développer tout ça, mais il faudrait pas qu'elle ait six patients. Faudrait peut-être qu'elle commence avec quatre. Quatre pendant une semaine puis on continue, on consolide etc. La réalité elle veut pas ça. (Cécile; CSI-8)

Des participantes ajoutent que cette charge amène un stress qui limite les IND dans le déploiement de certaines compétences, comme le jugement clinique et la rigueur scientifique. Un autre élément de la charge de travail qu'il convient de souligner est la gestion du travail en dyade avec une infirmière auxiliaire. Selon des participantes, sur certaines unités, un effort est fait dans les débuts pour que l'IND ne soit pas placée en dyade avec une infirmière auxiliaire,

afin qu'elle puisse consolider ses acquis et se concentrer sur le déploiement de ses compétences. Cependant, ceci n'est pas toujours le cas; il arrive que des IND deviennent responsables d'une dyade rapidement après la période d'orientation. D'aucuns remettent en question cette responsabilité de l'infirmière au sein de l'équipe intraprofessionnelle, mais des participantes se questionnent si une IND peut avoir un leadership, une confiance en soi et une identité professionnelle assez développés pour que, dès le lendemain de la période d'orientation, elle soit en mesure de répondre à cette exigence. Deux obstacles majeurs à la gestion optimale de la dyade sont cités par les participantes : le premier est que les IND sont parfois jumelées à des infirmières auxiliaires ayant plusieurs années d'ancienneté, et le second obstacle est lié aux différences de personnalité de l'une et de l'autre.

Puis de travailler non plus en dyade aussi avec une infirmière auxiliaire pis il y a beaucoup de clivage entre les deux professions. L'infirmière, c'est supposé être la leader, l'infirmière qui est nouvellement engagée qui sort de l'équipe, elle a pas, son leadership est pas développé, elle a peu confiance en elle. L'infirmière auxiliaire qui est là depuis longtemps, elle *run* un petit peu la patente, elle prend des décisions qu'elle devrait pas prendre puis l'infirmière ben comme elle est nouvelle, ben le contexte de nouveau aussi elle veut s'intégrer dans une équipe, ... prendre sa place puis après ça nous on vient un petit peu taper là-dessus, en disant ben c'est ton rôle tout ça. Mais la structure fait pas en sorte que l'infirmière puisse prendre son rôle entièrement. (Caroline; CSI-3)

D'autres participantes nuançaient cette position en affirmant que d'être rapidement confronté au travail en dyade permettait aux IND de s'approprier leur rôle, démontrer la collaboration intraprofessionnelle et de les aider à développer leur leadership clinique. Finalement, un dernier élément organisationnel lié à la charge de travail est ce que des participantes appellent la lourdeur administrative inhérente au rôle infirmier sur les unités de soins aigus. Le rôle infirmier consistant, entre autres, en l'évaluation, le traitement et le suivi de

patients ayant des situations de santé complexes, elles doivent compléter une quantité considérable de formulaires différents pour chaque patient et documenter à leur dossier l'information pertinente, complète et exacte à propos de leur situation de santé. Bien que cette documentation soit essentielle afin d'assurer la continuité des soins, Alexandra (X-3) précise que le nombre de formulaires ne cesse d'augmenter, ce qui éloigne l'infirmière du patient et limite le déploiement de ses compétences :

Alexandra (X-3) : Il y a tellement de formulaires, de paperasse, de ci, écrire partout. [...] La directive au préposé es-tu faite? On le sait pas, mais ils vont remplir le formulaire, ils savent que ça c'est obligatoire, ils vont le remplir puis il va être bien fait, mais qu'est-ce qu'on fait avec après.

*Intervieweur : Puis juges-tu que dans les dernières années, toutes ces tâches administratives, est-ce que ça a augmenté, ça a diminué?*

Alexandra (X-3): Non, ça a augmenté. On rajoute toujours des feuilles différentes qui changent. Le plan de travail des préposés, les formulaires changent aussi aux deux, trois ans. On a bien beau essayer de toujours harmoniser, mais on change toujours les formulaires. [...] C'est sûr que ça alourdi la tâche puis ça focusse les infirmières sur il faut que tu remplisses tes papiers, puis ça l'éloigne un petit peu sur les soins au patient.

Comme certains établissements de santé québécois sont en transition entre un dossier papier et un dossier électronique, ceci ajoute à cette lourdeur administrative de consignation d'informations au dossier des patients :

Ici en plus on a un dossier papier et on a un dossier électronique. Donc il faut que t'écrives des affaires dans le dossier papier, il faut que t'écrives des affaires dans l'électronique. [...] Il y a quelqu'un qui a déjà compté, je ris, mais c'est pas drôle, il avait compté combien de formulaires il fallait remplir à l'admission d'un patient. C'est une affaire comme treize formulaires. Donc il faut toutes que [les IND] assimilent ça là. (Cassandra; CSI-5)



Il ressort donc de l'analyse que la charge de travail demandée aux IND est élevée, mais elle est la même qui est demandée aux autres infirmières. Une adaptation de cette charge en fonction du statut de nouvelle infirmière est rarement possible. De nombreux facteurs liés à l'organisation des soins, à la gestion de la dyade et à la lourdeur administrative viennent également mettre une pression supplémentaire sur les IND. Cette pression limite le déploiement de certaines compétences des IND, comme le jugement clinique. Cependant, le travail en dyade favorise le déploiement d'autres compétences, comme le leadership et la collaboration intraprofessionnelle. Finalement, un quatrième facteur organisationnel influençant la pratique des IND a été identifié. Il s'agit de la culture scientifique présente sur les unités de soins.

***Culture scientifique : Encourager les IND à conserver leurs acquis et à en poursuivre le développement***

Alors que les politiques officielles de l'établissement de santé font la promotion d'une culture scientifique par le biais de la formation continue, du développement continu des compétences, de l'utilisation de sources scientifiques ainsi que de la pratique infirmière basée sur des résultats probants, des participantes jugent que ce discours n'est pas partagé par toutes les infirmières. Sur certaines unités de soins aigus, la culture qui règne en est plutôt une d'imitation : on reproduit le comportement d'une collègue sans se questionner si cette intervention est pertinente et sans consulter de sources scientifiques crédibles mises à la disposition des infirmières. Des participantes de plusieurs groupes spécifient que ceci est courant sur les unités et ajoutent même que certaines infirmières mettent peu à jour leurs connaissances :

Les infirmières se fient encore beaucoup à leur formation initiale même si ça fait vingt-cinq ans qu'elle est finie [...] sur les unités, pour eux un document de référence c'est d'aller voir l'infirmière la plus ancienne puis lui demander. (Chantal; CSI-1)

Ceci peut influencer négativement les IND, puisque dans cette ambiance, elles ne sont pas encouragées à cultiver la curiosité scientifique qu'elles avaient développée durant leur formation initiale, ce qui ne soutient pas le maintien d'une pratique scientifique. Comme le rappelle une participante, la norme de formation continue obligatoire pour les infirmières n'est entrée en vigueur au Québec qu'en 2012. Certaines infirmières semblent avoir de la difficulté à s'y conformer ou à comprendre l'importance de poursuivre le développement de leurs compétences. Des participantes précisent que l'ICU et les AIC peuvent avoir une forte influence sur la pérennisation d'une culture scientifique sur l'unité de soins, entre autres par des encouragements à avoir une pratique basée sur des sources scientifiques, au développement de compétences et à la formation continue :

Je pense que notre chef elle est très, très pro-compétences, développement, formation continue et études supérieures, elle incite beaucoup, beaucoup les infirmières techniciennes à aller faire leur baccalauréat, à continuer. C'est un langage qu'elle utilise beaucoup et elle veut qu'on fasse de la formation puis qu'on s'améliore et qu'on travaille sur nos compétences. J'ai l'impression que parfois ce n'est pas la culture du personnel, j'ai l'impression qu'il y en a certains qui oui ils partagent l'enthousiasme de s'améliorer et de travailler sur ses compétences, mais j'entends et j'ai des collègues qui ont beaucoup de difficulté à faire leur formation continue autant accréditée que non accréditée là, puis j'ai l'impression que c'est plus difficile de parler de compétences et de pratiques réflexives pour améliorer nos compétences. Malgré qu'on soit [dans un milieu universitaire] ce n'est pas encore quelque chose qui est acquis. (Ioanna; IND-4)

En tant que CSI, Caroline (CSI-3) côtoie plusieurs ICU et elle tient un discours similaire :

Ça dépend des unités. Je crois qu'en fait c'est toute une question d'organisation. Dépendamment la chef de l'unité, qu'est-ce qu'elle prône envers ses employés, qu'est-ce qu'elle recherche dans ses employés, qu'est-ce qu'elle encourage aussi parce que les chefs qui encouragent peu leurs employés dans une démarche vraiment plus professionnelle, plus scientifique; tu sais quand ça fait quinze ans que t'es sur une unité peut-être qu'il y a des trucs que t'as besoin d'être recadré. (Caroline; CSI-3)

Les infirmières (incluant les IND) qui se démarquent et tentent d'avoir ou de conserver une pratique scientifique peuvent se faire rabrouer par des collègues. Ceci peut limiter le déploiement de compétences des IND. Afin de se faire accepter par l'équipe, certaines infirmières et IND font tout pour se fondre dans la masse et en viennent à perdre leurs habitudes de chercher dans des sources scientifiques crédibles, comme l'expliquent Chantal (CSI-1) et Christiane (CSI-2) :

C'est difficile de tirer son épingle du jeu puis effectivement sur le moyen terme, quand je suis retournée voir certaines personnes que j'avais suivies [lors de leur orientation], il y en a qui ont perdu beaucoup des bonnes habitudes qu'elles avaient [pour] se fondre dans la masse, prendre le moule, suivre les exemples qu'elles ont à leur portée aussi sur les unités de soins sur lesquelles elles travaillent. (Chantal; CSI-1)

On revient un peu au milieu d'orientation ou de travail, t'sais si t'es la seule à faire ça de ton bord tu vas être catégorisée, tu vas rester toute seule de ton bord. Tu sais pour te fondre dans la marge, te faire accepter, pour être la *chum* de l'autre, ben tu vas faire comme on le fait. Ou tu t'en vas parce que t'es plus capable de supporter ce milieu-là. (Christiane; CSI-2)

La culture scientifique présente sur l'unité de soins semble donc être un élément aidant les IND à conserver leurs acquis et à poursuivre le développement de leurs compétences. Cette culture scientifique se manifeste par l'encouragement à la recherche d'informations dans des sources scientifiques crédibles, par l'incitation à la mise à jour des connaissances et l'utilisation de résultats probants, ainsi que par le respect de la norme de formation continue obligatoire.

Les facteurs présentés jusqu'à présent ont été identifiés comme étant organisationnels, c'est-à-dire liés à l'établissement de santé et à l'organisation du travail. Ces éléments sont résumés au Tableau 12 de la page suivante. D'autres facteurs liés plutôt à chaque groupe de professionnels présent sur les unités de soins aigus influencent le déploiement de compétences des IND : il s'agit des facteurs individuels. Ces facteurs seront discutés dans la prochaine section.

Tableau 12

*Tableau synthèse des facteurs organisationnels influençant la pratique des IND*

<b>Facteurs organisationnels : Les aider à déployer leurs compétences et conserver leurs acquis</b>	
<b>Sous-thème</b>	<b>Verbatim</b>
Orientation : Une période charnière pour soutenir les IND	L'orientation ça été une période assez difficile parce qu'évidemment tu sais on termine l'école et on commence [à travailler] j'ai trouvé ça difficile parce qu'évidemment il faut qu'on connaisse les techniques, les procédures, mais il faut aussi qu'on connaisse un peu de tout [...] c'était difficile de prendre en charge des patients quand on a une charge complète et qu'en plus il faut être super efficace, super rapide. C'est très demandant. (Ioanna; IND-4)
Stabilité : Un élément crucial pour soutenir leur intégration	Avoir un emploi stable sur une unité ça t'aide vraiment à développer tes compétences. En tous cas, moi je trouve que depuis que j'ai un poste stable [...] ça t'aide à mieux connaître que ce soit les médecins, l'équipe pluridisciplinaire. Plus que tu connais aussi ta spécialité plus que tu peux prendre aussi ton leadership, plus que tu sais vers quoi aussi les complications s'enlignent. (Isabelle; IND-1)
Charge de travail : Des attentes pas toujours adaptées à leur niveau de compétences	Parce que ça fait beaucoup aussi partie des attentes parce que là en dix-neuf jours non seulement elles doivent être capables de travailler seules, mais on leur demande d'être capable de travailler en dyade pis sur deux quarts de travail différents fait que oui la marche est haute je pense. (Chantal; CSI-1)
Culture scientifique : Encourager les IND à conserver leurs acquis et à en poursuivre le développement	La plupart vont la maintenir [la rigueur scientifique] et je pense aussi que ma présence font qu'ils la retiennent un peu plus, parce qu'ils savent qu'à tout moment je peux poser une question et aussi des fois je profite de l'occasion, même les infirmières de longue date qu'on pourrait dire, de partager l'information qu'elles viennent de me dire, que ça ne reste pas entre nous deux pour voir qu'une information ça se diffuse aussi. Alors c'est ça, mais des fois, il y a en a pour qui c'est plus difficile, ils se laissent prendre par la vague. (Catherine; CSI-9)

## **Facteurs individuels : Chacun à un rôle à jouer dans leur intégration**

Puisque de nombreux professionnels de la santé travaillent dans le milieu hospitalier de soins aigus, d'autres facteurs susceptibles d'influencer le déploiement de compétences des IND sont plutôt liés aux individus évoluant dans l'établissement de santé. Dans cette section, ces facteurs, dits individuels, seront décrits selon trois groupes de professionnels, soit les IND, les infirmières côtoyant des IND, ce qui inclut les infirmières, infirmières préceptrices, les CSI, les AIC et les ICU, et les autres professionnels de la santé.

### ***IND : La personnalité et les stages effectués pèsent lourd dans la balance***

Plusieurs participantes ont mentionné que la personnalité de chaque IND pouvait avoir une énorme influence sur le déploiement de leurs compétences en général, et plus spécifiquement les compétences de collaboration et de leadership. Des participantes mentionnent que certaines IND ont des qualités et des aptitudes plus développées que d'autres et elles attribuent ces éléments à la personnalité des IND plutôt qu'à leur formation. Alexandra (X-3) explique que ces qualités, comme le fait d'être proactif, permettent à certaines IND d'intégrer leur rôle plus facilement que d'autres et d'aller au-devant des situations :

Il y a une question de personnalité là-dedans. Tu sais il y en a qui vont être débrouillardes, qui ont un cheminement de vie différent. C'est toute la globalité de la personne, il y a une question de personnalité moi je suis convaincue. Il y en a qui arrivent ici, c'est des fonceuses, elles savent ce qu'elles ont à faire. Il va avoir des petites caractéristiques comme je disais tantôt, le leadership, ça va aller beaucoup plus vite pour eux d'embarquer dans le bain puis être capable de gérer sa petite *business* puis de parler à son préposé, son infirmière auxiliaire ça va se faire beaucoup plus vite. (Alexandra; X-3)

Certaines IND ont eu un parcours scolaire typique jusqu'à l'obtention de leur diplôme

de baccalauréat en sciences infirmières, obtenant leur diplôme d'études secondaires, puis celui d'études collégiales, puis leur baccalauréat, sans interrompre leurs études. D'autres ont un cheminement différent qui leur a permis de cumuler des expériences de travail ou d'études avant leur formation initiale en sciences infirmières, forgeant leur personnalité et leur donnant plus d'assurance qu'une IND plus jeune, leur permettant de s'affirmer plus facilement. Ioanna (IND-4), qui a entre 25 et 30 ans, explique que son parcours lui a permis de gagner une certaine assurance qu'elle n'avait pas à 21 ans et qu'elle est en mesure d'exprimer son point de vue beaucoup plus facilement maintenant :

Bien je ne sais pas si c'est parce que j'ai une certaine maturité et des connaissances antérieures qui font en sorte que j'ai une assurance naturelle alors oui je trouve ça facile, je ne suis pas ébranlée, je n'ai pas peur d'aller parler aux médecins, je n'ai pas peur d'aller parler aux autres professionnels. Tu sais, c'est sûr que je suis encore en train de développer mon jugement puis développer mes évaluations et tu sais je ne suis pas une infirmière avec énormément d'expérience, mais j'ai vraiment l'impression que ce n'est pas une barrière pour moi de m'affirmer comme infirmière. Mais est-ce que ça aurait été la même chose si je n'avais pas fait un [autre] baccalauréat et une maîtrise avant, c'est difficile à dire. Mais je peux dire quand même que le fait que j'ai fait d'autres études et que j'ai un long parcours fait en sorte que j'ai une assurance que je sais que je n'avais pas quand j'avais 21 ans. Je me revois, je fais beaucoup de parallèles entre mon premier bacc et mon deuxième bacc et je me dis mon dieu, si j'avais fait ça à mon premier bacc [rire] la vie aurait été différente. (Ioanna; IND-4)

Un autre élément personnel lié aux IND et pouvant influencer le déploiement de leurs compétences est leur formation initiale universitaire et plus spécifiquement leurs expériences de stage. Les IND participant à l'étude devaient provenir du même programme de formation en sciences infirmières pour participer à l'étude, mais certaines participantes mentionnent que la séquence de stages effectués pendant la formation fait une différence sur le déploiement de ses compétences après la diplomation. Des participantes s'interrogeaient sur les objectifs des stages

et l'accompagnement offert aux étudiantes, ou encore sur la curiosité dont font preuve les étudiantes et la façon dont elles profitent de chaque occasion en stage, ce qui influence leur pratique professionnelle. Chaque stage est généralement associé à un domaine général (par exemple, médecine, chirurgie, soins critiques, santé communautaire, etc.) et comporte des objectifs précis selon l'avancement des étudiantes dans le programme de formation. Les étudiantes sont jumelées avec des infirmières préceptrices d'un établissement de santé qui ont comme responsabilité de les soutenir et les guider dans le développement de leurs compétences, entre autres par le biais du questionnement. Cécile (CSI-8) donne un exemple très précis d'une IND et de ce qu'elle considère comme un parcours de stage non-aidant, soit parce que l'unité de soins n'était pas optimale pour une stagiaire ou parce que la stagiaire n'a pas su profiter de toutes les occasions d'apprentissage. Cécile (CSI-8) juge que ceci a eu une influence négative sur le déploiement de compétences de cette IND, au point où elle a été congédiée puisqu'elle n'était pas en mesure de déployer ses compétences à un niveau satisfaisant :

L'année passée [...] on n'a pas gardé une petite. Elle avait un potentiel, mais elle avait comme un contenant vide et quand je me suis mis à regarder avec elle son cursus de stages je comprenais pas qu'il y ait personne qui ait intercepté ça. Elle a fait de la chirurgie, elle est allée en chirurgie d'un jour, elle n'est jamais allée sur une unité pure et dure de chirurgie. Elle est allée en clinique externe, elle a fait des beaux milieux de stage, mais quand elle arrive au bout de sa formation elle a rien comme équipement autre que quelqu'un qui fait de l'enseignement [...] Je peux juste pas comprendre, elle était pleine de bonne volonté, je me dis comment ça se fait que personne [a remarqué] qu'il lui manquait un milieu de stage pour l'équiper adéquatement. Elle m'a dit: *je suis allée à l'urgence, j'ai fait OK, mais c'était ma première session, mais j'avais pas le droit de m'occuper des solutés. J'ai dit ça te tentait pas même à ça de les regarder?* Elle y touchait pas. En chirurgie d'un jour, j'ai dit *comment ça se fait que t'as pas regardé les solutés*, elle me dit *je faisais juste les enlever.* (Cécile; CSI-8)

Ioanna (IND-4) fait un constat similaire. En discutant avec des collègues pendant ses



études, elle se rendait compte que certaines d'entre elles ne faisaient pas les choix appropriés pour optimiser le développement de leurs compétences :

J'ai aussi eu la chance de faire des stages super variés, parce que j'ai fait le choix de faire des stages variés, j'ai fait deux externats [non obligatoires] alors tu sais, j'ai l'impression que j'ai vraiment profité au maximum de mes apprentissages. Ça fait en sorte que quand je suis arrivée sur le milieu, je ne savais pas faire toutes les techniques parfaitement, mais une technique quand on l'a fait une fois ou deux, ou quand on l'a déjà vue et que c'est des petites modifications bien ça s'apprend vite. [...] Mais j'ai des collègues qui ont eu un choc parce qu'eux, ils avaient fait un choix un peu moins stratégique dans leurs stages [...] et là ils se sentent un peu moins préparés. (Ioanna; IND-4)

Toujours en lien avec la formation initiale des IND, des participantes mentionnent que certains aspects précis du rôle de l'infirmière clinicienne sont plutôt difficiles à développer pendant la formation et que ce n'est qu'après la diplomation que les IND peuvent réellement les mettre en pratique. À ce sujet, Anne (X-2) précise que la collaboration interprofessionnelle et le travail en dyade avec une infirmière auxiliaire sont deux éléments qui sont très peu pratiqués en stage, et donc possiblement plus difficile pour une IND, ce que confirment les IND :

Collaborer dans des équipes professionnelles, quand t'es stagiaire, dans certains stages oui tu peux le faire, mais c'est vraiment moi sur le terrain depuis que je suis [sur cette unité] que je peux plus encore plus pousser la collaboration que j'ai avec le médecin, l'ergothérapeute, l'infirmière de suivi de clientèle, et toute l'équipe pluridisciplinaire. C'est vraiment là que je peux le faire. (Isabelle; IND-1)

L'analyse des données a donc permis de mettre en évidence que parmi les éléments liés aux IND et influençant leur déploiement de compétence se trouvent leur personnalité et leur parcours de stages pendant la formation initiale.

### ***Autres infirmières : Agir en modèle, intégrer les IND et dénoncer l'intimidation***

Les autres infirmières de l'unité de soins (préceptrices ou non), infirmières auxiliaires, CSI, AIC et ICU ont un rôle primordial à jouer dans l'accueil et l'intégration des IND dans l'établissement de santé et sur les unités de soins. Afin de favoriser le déploiement de compétences des IND, des participantes mentionnent que les autres infirmières doivent accepter le statut de « nouvelle » infirmière qui a des connaissances théoriques, des connaissances à la fine pointe de la recherche et un peu d'expérience pratique par l'intermédiaire des stages et des externats non obligatoires.

Ça dépend du chef en place, mais tout le contexte d'une équipe de soins puis de reconnaître que c'est une novice ou c'est une débutante ou peu importe, la gradation où est-ce qu'on est rendu là, c'est pas une experte pis tu peux pas exiger qu'elle soit une experte. (Anne; X-2)

Comme le mentionnent certaines IND, on leur fait parfois sentir qu'elles ne font pas partie de l'équipe ou qu'elles doivent être aussi performantes qu'une infirmière d'expérience. Selon des participantes, en plus d'intégrer les IND, les infirmières qui les côtoient doivent agir en modèle de rôle en matière de déploiement de compétences et aspirer à une qualité de pratique optimale. Elles doivent jouer un rôle de mentor afin que les IND s'identifient à elles. Plus les IND sont acceptées et intégrées par les infirmières de l'équipe et qu'elles sont capables de s'identifier à des modèles, plus elles parviennent facilement à déployer leurs compétences, comme l'explique Caroline (CSI-3) :

En fait l'intégration aussi à l'unité de la personne joue sur le développement d'à peu près 50% de tout ce qu'elle peut développer [...] en fait mettons sur l'ensemble des compétences. Si on la met dans un milieu où elle est bien intégrée, où la personne qui a fait son orientation elle reste présente, elle joue

un rôle de mentor avec elle pendant le début puis tout au long du moment où elle travaille sur cette unité-là, elle va se développer beaucoup plus rapidement, beaucoup plus facilement que si elle est dans un contexte où sa préceptrice l'aime pas beaucoup, t'sais il y a quelque chose qui la fatigue, ben là ça diminue je dirais à peu près de 50% ses capacités de faire ressortir ses compétences professionnelles. Puis en fait, elle peut être très mauvaise dans un milieu puis là elle change de milieu pis là elle est devenue la star parce que justement la façon de penser de l'unité, des gens qui travaillent dans cette unité-là, elle est mieux intégrée. (Caroline; CSI-3)

Plusieurs participantes relèvent que selon l'unité et l'équipe de soins, les IND ne sont pas toujours intégrées facilement. Alors que les participantes mentionnent que l'intégration repose sur l'ensemble des membres de l'équipe, la première personne qui peut favoriser cette intégration est l'infirmière préceptrice. Lorsque celle-ci se sent menacée par les compétences de l'IND, elle risque d'avoir, de façon consciente ou non, une attitude plus négative et exigeante envers l'IND :

Oui je te dirais [l'intégration de l'IND dépend de] comment la préceptrice se sent menacée ou pas. Comment elle se trouve elle, comment ses compétences à elle sont développées versus les compétences de la nouvelle. Si la nouvelle déjà en partant a une meilleure rigueur scientifique qu'elle démontre un petit peu plus de leadership dans sa façon de penser, elle est perçue comme une menace. [...] Ça vient comme un peu déstabiliser la préceptrice puis là entrent tous les conflits relationnels, puis il y a un esprit aussi de compétition. [...] Cette personne-là elle sera pas bien acceptée si la préceptrice la dégrade un peu entre guillemets. Au niveau des soins infirmiers, il y a beaucoup ça. (Caroline; CSI-3)

Des participantes mentionnent qu'elles sont parfois témoins de gestes et de propos qui démontrent de la jalousie, un manque de respect et de l'intimidation entre infirmières, mais plus spécifiquement aussi de la part d'infirmières envers les IND. Chantal (CSI-1) explique qu'il lui est arrivé à plusieurs reprises de rencontrer des IND et de tenter de les aider à composer avec ce genre de situations. Elle explique que le sentiment de menace peut venir du fait qu'il existe deux

diplômes pour accéder à la profession infirmière au Québec :

Il y en a je pense que c'est quelque chose qui est encore beaucoup tu et tabou dans la profession tout le harcèlement puis la violence psychologique et verbale qui est fait envers les nouveaux. J'ai eu à dire à des infirmières cliniciennes *t'as pas à t'excuser d'avoir fait tes études à l'université* parce qu'elles se faisaient insulter à cause qu'elles avaient leur baccalauréat. (Chantal; CSI-1)

Paulette (P-2) corrobore les propos de Chantal. Selon l'unité, il lui arrive de recommander aux IND de se présenter comme une infirmière plutôt qu'une infirmière clinicienne, omettant du même coup le fait qu'elles ont un baccalauréat. Elle leur fait cette suggestion dans le but de faciliter l'acceptation et l'intégration dans l'équipe de soins.

Comme mentionné précédemment, l'équipe de soins est aussi composée d'infirmières auxiliaires avec lesquelles les IND interagissent et travaillent en dyade. Intégrer les IND dans cette équipe de soins signifie également leur laisser la place qui leur revient dans cette dyade : elles doivent prendre en charge cette équipe. Les IND doivent donc être prêtes à assumer pleinement ce travail en dyade dès leurs débuts professionnels, mais il est également vrai que les infirmières auxiliaires doivent accepter de travailler avec cette IND :

Puis, je dirais aussi, que probablement que les infirmières auxiliaires et les préposés ne s'en laissent pas trop imposer par les nouvelles infirmières alors des fois ce n'est pas nécessairement facile à leader disons. (Adèle; X-1)

L'analyse des données a donc permis de mettre en évidence que parmi les éléments liés aux autres infirmières et influençant le déploiement de compétences des IND se trouvent la façon dont elles acceptent les IND dans l'équipe et les intègrent, ce qui inclut l'intégration dans la dyade avec l'infirmière auxiliaire. L'analyse a aussi permis de constater qu'il existait sur

certaines unités des comportements d'intimidation et de jalousie entre infirmières et également envers les IND.

### ***Autres professionnels de la santé : Reconnaître le rôle et l'expertise des IND***

Finalement, un dernier élément susceptible d'influencer le déploiement de compétences des IND est la façon dont les autres professionnels de la santé avec qui elles travaillent reconnaissent le rôle et l'expertise professionnelle de l'infirmière en général et plus spécifiquement des IND. Les participantes mentionnent que la plupart des professionnels de la santé collaborent facilement avec les IND et ces dernières se sentent écoutées lorsqu'elles font une évaluation et en discutent avec un autre professionnel. Ceci permet aux IND d'augmenter leur confiance en elles et favorise le déploiement de leur collaboration interprofessionnelle :

*Je me sens vraiment écoutée, ce que je dis ça passe pas par une oreille pis ça sort pas par l'autre. Mettons si je parle avec la nutritionniste *ah telle affaire c'est peut-être pas bon pour un patient, t'sais la soupe la texture est pas super bonne.* Elle dit *OK je vais aller le réévaluer pour voir.* Ou je parle avec l'orthophoniste *ah il me semble qu'elle a une dysarthrie qui était pas là auparavant, mais là ça commence à s'installer.* [L'orthophoniste répond] *OK, je vais l'évaluer.* (Isabelle; IND-1)*

Ioanna (IND-4) corrobore les propos d'Isabelle, disant même que dans le milieu hospitalier de soins aigus, elle sent que les professionnels de la santé avec qui elle collabore respectent son expertise professionnelle et l'expertise des infirmières en général :

*On est vraiment pris comme un professionnel de la santé et non pas comme ailleurs ou des fois on ne se sentait pas très valorisées.* (Ioanna; IND-4)

Si la plupart des participantes étaient d'accord avec ces propos, certaines d'entre elles

avaient été témoins de contre-exemples négatifs, comme dans l'extrait présenté à la page 153 où un médecin interdisait aux infirmières de procéder à l'auscultation pulmonaire des patients. Bien qu'anecdotiques, ces épisodes suggèrent tout de même que la façon dont les autres professionnels de la santé collaborent avec les IND peut avoir une influence sur le déploiement de compétences de ces dernières.

Les facteurs présentés dans cette section ont été identifiés comme étant individuels, c'est-à-dire liés à certains groupes d'individus évoluant dans la culture de milieu hospitalier de soins aigus. Ces éléments sont résumés au Tableau 13 de la page suivante.

Pour terminer, les résultats présentés dans ce chapitre décrivent la culture de milieu hospitalier de soins aigus. Un portrait des participantes à cette étude est présenté et permet de mieux comprendre leur expérience à travers cette culture. Trois thèmes expliquant le déploiement de compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur l'APC ont été identifiés, soit les débuts professionnels, la collaboration professionnelle et la pratique scientifique. Des facteurs organisationnels et individuels ont été mis en lumière comme ayant une influence sur le déploiement de compétences des IND. Dans le prochain chapitre, une discussion de ces résultats est présentée.

Tableau 13

## Tableau synthèse des facteurs individuels influençant la pratique des IND

<b>Facteurs individuels : Chacun à un rôle à jouer dans leur intégration</b>	
<b>Sous-thème</b>	<b>Verbatim</b>
IND : La personnalité et les stages effectués pèsent lourd dans la balance	Je trouve que c'est extrêmement lié à la personnalité de l'individu parce qu'il y en a qui sont très, très fonçues puis qui vont, c'est une minorité là, celles qui prennent vraiment une place importante dans l'équipe rapidement, qui exercent un leadership. (Claudine; CSI-4)
Autres infirmières : Agir en modèle, intégrer les IND et dénoncer l'intimidation	Je me souviens que l'année passée il y avait eu une rencontre auprès des cadres de la direction pour leur dire <i>de grâce ne leur brisez pas les ailes</i> [...] Moi je trouve qu'on est dans un domaine de soins, on parle beaucoup de caring, les infirmières donnent énormément aux patients, au milieu, mais entre nous, excusez, mais je trouve qu'on est <i>bitch</i> . (Caroline; CSI-3)
Autres professionnels de la santé : Reconnaître le rôle et l'expertise des IND	Je trouve ça facile, je ne suis pas ébranlée, je n'ai pas peur d'aller parler aux médecins, je n'ai pas peur d'aller parler aux autres professionnels [...] j'ai une autonomie, tu sais d'appeler – je ne me suis jamais fait dire par un médecin <i>ne m'appelle pas pour ça</i> . À chaque fois que j'ai eu des inquiétudes, ou que je voulais que le patient soit vu par le médecin assez rapidement parce que selon mon évaluation ça n'allait pas très bien, ça s'est toujours avéré être véridique alors il y a quand même une collaboration qui se développe et ça c'est le fun. (Ioanna; IND-4)

## **CHAPITRE 5**

## **DISCUSSION**



Le but de ce projet doctoral est double. D'une part, cette étude visait à décrire le déploiement des compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une FSI québécoise, tel que perçu par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus. D'autre part, elle s'intéressait à l'influence de cette culture sur le déploiement de compétences des IND. Dans le chapitre précédent, les résultats ont été exposés, répondant ainsi aux trois questions de recherche. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse des données; les trois premiers permettent de décrire les compétences déployées par les IND, alors que les deux derniers concernent les facteurs influençant ce déploiement de compétences.

Dans le présent chapitre, ces résultats seront discutés sous différents angles. Comme Roper et Shapira (2010) le suggèrent à l'étape 4 de leur méthode d'analyse des données, les résultats seront discutés à la lumière de théories existantes ou de résultats d'études récentes. Par la suite, la contribution théorique de cette étude sera mise de l'avant, suivie des considérations méthodologiques et des limites de l'étude. Finalement, les retombées sur les différents champs de l'exercice infirmier seront présentées, soit la pratique, la formation initiale et continue, la recherche, la gestion et le politique.

### **Discussion des principaux résultats**

Une des contributions principales de cette étude est de révéler que les IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC déploient sept des huit compétences développées pendant leur formation initiale, lorsqu'elles débutent leur pratique professionnelle dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus. Tel que mentionné au chapitre 2, il importe de différencier le développement et le déploiement de compétences. Le premier réfère au processus

continu d'acquisition et d'intégration de ressources diverses, devenant un savoir-agir complexe. Le déploiement correspond plutôt à la mise en action de ce savoir-agir complexe, en situation authentique.

Une autre contribution principale de cette étude est de faire un lien explicite entre les compétences déployées par les IND et le programme de formation duquel elles sont diplômées. Les résultats permettent de comprendre à travers quelles activités les IND déploient leurs compétences sur les unités de soins aigus, comme par exemple dans la gestion de la dyade avec l'infirmière auxiliaire ou la recherche d'informations dans des sources scientifiques et crédibles, mais qu'elles ont surtout besoin d'un temps pour se centrer sur leur propre pratique. Finalement, les résultats de cette étude ont permis d'identifier des facteurs organisationnels et individuels influençant la pratique des IND. Parmi ces facteurs, certains favorisent le déploiement de compétences alors que d'autres le limitent. Les prochaines sections discutent en profondeur des résultats en fonction des trois questions de recherche.

### **Question #1 : Les compétences déployées par les IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus**

Tel que précisé au chapitre 2, le programme duquel étaient diplômées les IND ayant participé à cette étude est basé sur un référentiel de huit compétences dont le niveau de développement attendu en fin de programme est décrit à l'Appendice G. L'analyse des données de notre étude à la lumière des indicateurs présentés dans ce référentiel pour chacune des compétences a permis de faire des liens entre les thèmes et les compétences (voir Tableau 14).

Tableau 14

*Compétences déployées par les IND, selon les résultats de l'étude*

Compétences	Thèmes		
	Mes débuts professionnels	Ma collaboration professionnelle	Ma pratique scientifique
Agir avec professionnalisme	X		
Exercer un jugement clinique infirmier	X		X
Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé		X	
Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière	X	X	
Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique			X
Collaborer dans des équipes professionnelles		X	
Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé		X	
Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé			

Les résultats mettent en lumière que les IND déploient dans la première année de pratique sept de ces huit compétences à un niveau égal ou supérieur au niveau attendu en fin formation initiale. Tel qu'expliqué précédemment, ce niveau représente le profil de sortie des étudiantes, soit un niveau jugé suffisant pour une pratique autonome et sécuritaire. La compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé » est la seule qui ne semble pas déployée à ce niveau attendu lorsque les IND travaillent sur une unité de soins aigus. Selon le référentiel de compétences (FSI-UdeM, 2010b, p. 47) :

À la fin de sa troisième année, l'étudiante a intégré l'approche populationnelle et l'applique à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie par les stratégies qui y sont associées. Elle prend soin de sa santé personnelle.

À travers les entrevues, cette compétence a été peu évoquée par les participantes. Cette compétence se compose de quatre principaux concepts ou indicateurs en fin de programme : l'approche populationnelle, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et le souci de sa propre santé. Les IND indiquaient qu'elles parviennent sporadiquement à discuter de changement d'habitudes de vie ou de comportements malsains avec les patients, sans vraiment réussir à intégrer l'approche populationnelle ou la promotion de la santé à leur pratique. Bien que pertinentes, les interventions déployées représentent plutôt un niveau de compétence de fin de deuxième année du programme de formation, qui s'articule comme suit (FSI-UdeM, 2010b, p. 23) :

À la fin de sa deuxième année, l'étudiante s'approprie l'approche populationnelle et la promotion de la santé en lien avec sa pratique, et participe à la réalisation d'interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Elle applique des principes de prévention dans la gestion de situations de crise.

Les IND jugeaient que cette compétence était difficile à mettre en pratique ou nécessitait une interaction soutenue avec les patients, ce qui n'était pas souvent possible dans un contexte d'hospitalisation de courte durée en soins aigus. Leurs propos étaient corroborés par des participantes d'autres groupes qui affirmaient aussi éprouver des difficultés à intégrer cette compétence et ses composantes à leur pratique quotidienne.

Nos résultats semblent indiquer que les difficultés dans le déploiement de cette compétence proviennent plutôt du contexte de soins aigus que d'un manque dans le programme de formation initiale, les IND évoquant plutôt des difficultés dans la mise en application de la compétence. Selon Kempainen, Tossavainen, et Turunen (2013), des facteurs présents dans la culture organisationnelle des milieux de soins aigus soutiennent et nuisent à la mise en place et le développement d'interventions en promotion de la santé. Parmi les facteurs soutenant une telle pratique se trouvent le soutien des gestionnaires, l'adoption d'une culture axée sur la santé et l'offre d'activités de formation continue dans ce domaine. Parmi les éléments nuisant à la promotion de la santé se trouvent le manque de ressources (incluant le temps et la documentation) ainsi que le manque de compétences des infirmières. Nos résultats semblent donc corroborer que le manque de ressources est effectivement un élément limitant dans le déploiement de cette compétence en milieu de soins aigus.

Cette difficulté à intégrer la promotion de la santé en milieu hospitalier de soins aigus ne date pas d'hier. En 1984, Flynn et Giffin soutenaient qu'une infirmière affectée à une unité de soins aigus pouvait aider les patients en intégrant des stratégies de promotion de la santé à sa pratique clinique. Nos résultats suggèrent que ce type d'interventions représente un défi pour la profession infirmière, plus de 30 ans plus tard. Une réflexion s'avère nécessaire sur le

déploiement de cette compétence par les infirmières travaillant en milieux de soins aigus et les éléments à mettre en place afin de les soutenir. Selon Kumar et Preetha (2012), cette réflexion doit se faire non pas uniquement entre professionnels de la santé et dirigeants, mais également avec l'ensemble de la population, puisqu'il s'agit de repenser entièrement les systèmes de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Tel que précédemment mentionné, nos résultats ne semblent pas lier le déploiement sous-optimal de la compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé » au manque de connaissances des IND. Cependant, les établissements d'enseignement doivent préparer ces IND à développer des stratégies leur permettant de déployer cette compétence sur les unités de soins aigus.

Outre la compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé », nos résultats suggèrent que des éléments d'autres compétences sont également peu déployés par les IND dans la culture de milieu hospitalier de soins aigus (voir Tableau 15). Comme mentionné au chapitre précédent, des facteurs organisationnels et individuels ont une influence – positive et négative – sur le déploiement de compétences, ce qui peut expliquer ce constat. Ces éléments sont en lien avec les compétences « Agir avec professionnalisme », « Collaborer dans des équipes professionnelles », et « Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière ».

Tableau 15

*Éléments de compétences peu déployés par les IND*

Compétences	Éléments peu déployés (provenant de FSI-UdeM, 2010b)
Agir avec professionnalisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion de la profession infirmière</li> <li>• Développement d'une réflexion éthique au sein de l'équipe</li> </ul>
Collaborer dans des équipes professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribution à la transformation des pratiques collaboratives</li> <li>• Résolution de conflits</li> </ul>
Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de changements fondés sur des savoirs expérientiels et scientifiques</li> </ul>

Sans décortiquer chacun des éléments présentés, un *pattern* semble émerger, à savoir la notion de « transformation » ou de « changement ». En se référant au niveau attendu en fin de programme pour chacune des compétences présentées et aux indicateurs définis (FSI-UdeM, 2010b), on constate qu'une des visées de la formation initiale est de préparer les IND à devenir des agents de changement dès le début de leur carrière professionnelle. Ceci est cohérent avec les recommandations des rapports internationaux (Frenk et al., 2010; IOM, 2003) sur lesquels se base la transformation des programmes. Cependant, il semble être difficile pour des IND d'accomplir ce rôle dans les premiers mois de pratique, en particulier considérant les discours contradictoires de certaines infirmières concernant la place qu'elles devraient prendre. Dans

notre étude, des participantes expliquaient accueillir favorablement l'expertise et les idées nouvelles des IND, alors que d'autres avançaient qu'elles devaient plutôt accepter leur statut de « nouvelle » et se plier aux pratiques en place. Ce discours ambigu peut être clarifié par les questionnaires, qui sont en partie responsable de l'ambiance qui règne sur l'unité de soins. Dans notre étude, une ICU mentionnait qu'elle encourageait les IND à lui soulever des problèmes rencontrés sur le département, ce qui favorisait une atmosphère de d'amélioration de la qualité et de développement continu.

Malgré ces quelques éléments de compétences peu déployés par les IND, nos résultats suggèrent que les IND d'un programme basé sur l'APC sont prêtes pour la pratique (*fit for practice*) sur les unités de soins aigus. Cette appréciation rejoint les résultats obtenus par d'autres chercheurs ayant étudié le déploiement de compétences d'IND dans leur première année de pratique (Batch-Wilson, 2016; Doody, Tuohy, et Deasy, 2012; Holland et al., 2010; Lima, Newall, Jordan, Hamilton, et Kinney, 2016; Numminen, Leino-Kilpi, Isoaho, et Meretoja, 2015; Wolff, Regan, Pesut, et Black, 2010). Holland et al. (2010) précisent que pour juger si les IND sont prêtes pour la pratique, il importe de faire la distinction entre le déploiement de leurs compétences et la démonstration de leurs habiletés techniques. Nos résultats abondent dans le même sens. Alors que certaines IND peuvent manquer de dextérité dans l'exécution de certaines techniques de soins ou ne les exécutent pas à la même vitesse qu'une infirmière d'expérience, il serait réducteur de les juger sur ces éléments pointus sans regarder l'ensemble des compétences déployées, qui ont un impact sur la qualité de soins. De plus, ceci serait incohérent avec l'APC de seconde génération.

Les résultats de notre étude suggèrent également que la façon dont les IND déploient



leurs compétences a peu évolué depuis les études effectuées par Benner dans les années 1980. Au terme de leur formation, les IND atteignent le second stade de développement de l'expertise, soit celui de débutantes (*advanced beginners*). Tel que décrit à l'Appendice B, Benner (1982, 1984) avançait que les infirmières ayant atteint ce stade ont une certaine difficulté à établir des priorités dans leurs interventions ou à identifier les éléments les plus pertinents des situations cliniques rencontrées; les infirmières débutantes éprouvent également des difficultés à s'adapter à leur nouveau milieu clinique et se sentent bien souvent dépassées et incompetentes. Cette description correspond précisément à la façon dont les participantes ont décrit les IND. Notre étude permet donc de confirmer les résultats obtenus par Benner quant à la description des infirmières débutantes, même si ceux-ci datent des années 1980.

Bien que nos résultats rejoignent les écrits de Benner, notre analyse met en lumière une dichotomie entre le niveau des compétences déployées par les IND en début de pratique et les attentes que certains acteurs des établissements de santé ont d'elles. Certaines participantes exprimaient des attentes incohérentes avec le second stade de Benner, qui s'apparentaient plutôt au stade suivant. Parmi les exemples d'attentes élevées, plusieurs participantes exprimaient que les IND devraient être en mesure d'assumer les mêmes responsabilités (nombre de patients, complexité des soins et capacité de gestion de la dyade avec l'infirmière auxiliaire) qu'une infirmière plus expérimentée dès la fin de la période d'orientation. Ces constats sont similaires à ceux obtenus par d'autres chercheurs (Deagle, 2006; Freeling et Parker, 2015; Numminen et al., 2015). Dans une étude comparative transversale (n = 227), Numminen et al. (2014) concluent que les infirmières de plus de 10 années d'expérience étaient plus critiques des compétences des IND et avaient des attentes plus élevées que des infirmières de moins de 10

années d'expérience. Dans notre étude, les participantes exprimant des attentes plus élevées étaient en général également des infirmières de plus de 10 ans d'expérience, mais la taille de notre échantillon ainsi que la nature du devis ne permettent pas de confirmer une telle corrélation. D'autres études seraient nécessaires afin de valider si le niveau d'attentes élevées exprimées par certaines participantes de notre étude est représentatif du contexte québécois.

Alors que certaines participantes exprimaient que les IND doivent être rapidement prêtes à prendre les mêmes responsabilités qu'une infirmière plus expérimentée, peu semblait accorder une importance à la progression des apprentissages pendant la période CEPI. Tel qu'expliqué précédemment, cette période débute à la diplomation d'un programme de formation initiale en sciences infirmières pour se terminer à la délivrance du permis d'exercice, habituellement 5 à 6 mois plus tard. Pendant cette période, les IND devraient être soutenues dans le déploiement de leurs compétences; ce soutien est nécessaire afin que les IND s'approprient progressivement leur nouveau rôle. Cependant, nos résultats semblent indiquer que le soutien offert aux IND n'est pas toujours optimal pendant cette période, en plus de leur faire ressentir une pression de performance qui peut nuire à la progression de leurs apprentissages.

La prochaine section porte plus spécifiquement sur la façon dont les IND déploient leurs compétences dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus.

## **Question #2 : Le déploiement des compétences dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus**

Les résultats de la présente étude contribuent à approfondir les connaissances sur les premiers mois de pratique des IND d'un programme réformé basé sur l'APC sur des unités de

soins aigus. Un des apports de cette étude est de faire un lien explicite entre le programme de formation et les compétences déployées par les IND (telles que décrites au référentiel de compétences de la FSI-UdeM), ce que peu d'études font. Bien que d'autres études soient nécessaires pour confirmer nos résultats, notre étude contribue à l'état des connaissances sur les retombées que peut avoir un programme de formation basé sur une APC.

Tel que précédemment mentionné, les trois premiers thèmes exposés au chapitre précédent décrivent le déploiement de compétences des IND et permettent de mieux comprendre comment s'effectue ce déploiement sur des unités de soins aigus. Ces thèmes seront repris dans la présente section et discutés à la lumière d'autres études récentes.

*Mes débuts professionnels.* Ce thème décrivant les débuts professionnels des IND expose leur appropriation de leur nouveau rôle d'infirmière clinicienne et le développement de leur pratique. Tel que décrit au Tableau 16, certains éléments précis des trois compétences liées au thème des débuts professionnels sont mis en évidence par les résultats.

Tableau 16

*Compétences et éléments de compétence du thème « Mes débuts professionnels »*

Compétences	Éléments (provenant de FSI-UdeM, 2010b)
Agir avec professionnalisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de sa pratique professionnelle</li> </ul>
Exercer un jugement clinique infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation ciblée de la santé</li> <li>• Application de procédures de soins</li> <li>• Administration de médication</li> <li>• Surveillance et ajustement</li> </ul>
Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remise en question de la pratique professionnelle pour optimiser la sécurité et la qualité des soins</li> </ul>

Selon nos résultats, lorsque ces nouvelles diplômées débutent leur pratique professionnelle, elles sont en mesure de déployer la compétence « Exercer un jugement clinique infirmier », correspondant principalement aux indicateurs suivants (FSI-UdeM, 2010b) : procéder à l'évaluation ciblée de la santé, appliquer des procédures de soins, administrer la médication de façon sécuritaire en effectuant la surveillance et les ajustements nécessaires à la situation de santé de ses patients. Bien qu'elles puissent éprouver certaines difficultés dans la planification et la priorisation des soins à effectuer, elles arrivent rapidement pendant leur

première année de pratique à s'approprier leur nouveau rôle professionnel. Ces difficultés peuvent provenir en partie du fait que le nombre de patients dont elles sont responsables sur les unités de soins est beaucoup plus élevé que pendant leur formation, à travers les stages cliniques. Une recension d'écrits effectuée en 2008 par le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) concluait qu'il manquait d'évidences quant au nombre optimal de patients dont devraient être responsables les étudiantes pendant les stages cliniques, afin de favoriser le développement de leurs compétences. D'autres conditions influencent ce développement de compétences, dont les aspects organisationnels (par exemple, durée des stages, horaire continu ou intermittent, supervision en monitorat ou préceptorat, nombre d'étudiantes dans un groupe de stage) ainsi que les activités complémentaires au stage (par exemple, journal d'apprentissage, simulation, jeu de rôle, laboratoire; CIFI, 2008). Une étude plus récente (Birks et al., 2017) arrivait également à la conclusion que les différentes structures organisationnelles des stages (horaires et modes de supervision) avaient des avantages et des inconvénients sur le développement de compétences des étudiantes, sans conclure sur une formule optimale.

Le programme de formation duquel étaient diplômées les IND offre différents modes de supervision pendant les stages cliniques. En première année du programme, pour les stages associés aux cours sur les expériences de santé en médecine et chirurgie, les étudiantes sont généralement regroupées et supervisées par une monitrice clinique, soit une infirmière du milieu clinique libérée de son poste habituel afin d'encadrer un groupe de 5 à 6 étudiantes. Pendant les deux autres années de formation, pour les stages associés aux cours de périnatalité, santé mentale, santé communautaire et de soins critiques, les étudiantes sont généralement supervisées par une infirmière préceptrice, soit une infirmière du milieu clinique non libérée. Celle-ci doit

donc encadrer l'étudiante en plus d'assumer la responsabilité d'un certain nombre de patients. Tout au long de ces stages, les étudiantes s'occupent d'un ou de deux patients de leur préceptrice. Alors que ceci peut permettre aux étudiantes de mieux s'approprier chacun des aspects du rôle de l'infirmière, cela pose des difficultés pour acquérir les habiletés d'organisation et de priorisation. Une réflexion pourrait être entreprise dans les milieux de formation afin de faciliter la transition des étudiantes après la diplomation concernant ces habiletés et le nombre de patients dont ces infirmières devront assumer la responsabilité après leurs études.

Dans la présente étude, les participantes ont rapporté que les IND compensaient cette difficulté d'organisation et de priorisation en décomposant leur rôle en tâches à accomplir. Dans une métaethnographie regroupant 17 études, Voldbjerg, Grønkjær, Sørensen, et Hall (2016) concluent que les IND se concentrent beaucoup sur des tâches, spécifiant qu'il s'agit d'une échappatoire pour contourner une divergence entre ce qu'elles ont appris pendant leur formation et ce qu'elles observent sur les unités de soins. Ceci peut mener vers un sentiment d'incompétence, de faible confiance en soi et de remise en question, ce qui a été exprimé aussi par certaines IND dans notre étude. Se concentrer sur des tâches leur permet d'augmenter cette confiance en leurs connaissances et compétences par de petites « réussites ». D'autres études concluent que la capacité des IND à déployer leurs compétences est fortement liée à un sentiment d'*empowerment* (Kuokkanen et al., 2016; Numminen et al., 2015), défini comme étant le sentiment d'avoir un pouvoir d'agir sur des aspects personnels, professionnels, sociaux et organisationnels (Kuokkanen et al., 2016). Bien que n'utilisant pas spécifiquement le terme *empowerment*, des participantes à notre étude ont plutôt parlé d'un lien entre le déploiement de

compétences, le leadership et la confiance en soi des IND. Ces concepts sont connexes; Kolb (1999) conclut que la confiance en soi est un prédicteur du leadership et Papathanasiou et al. (2015) précisent que le leadership nourrit l'*empowerment*. D'autres études pourraient être effectuées afin de mieux comprendre cette relation entre le déploiement de compétences et l'*empowerment*, la confiance en soi et le leadership.

Notre étude révèle également que les premiers mois de pratique sont ardues pour les IND, mais que leur pratique professionnelle s'améliore rapidement pendant la première année. Ceci est cohérent avec le caractère développemental d'une compétence. D'autres études (Ke, Kuo, et Hung, 2017; Lima et al., 2016) arrivent à cette même conclusion indiquant que le déploiement de compétences des IND augmente significativement dans la première année de pratique. Lima et al. (2016) arrivent à ce constat en utilisant le questionnaire *Nurse Competence Scale* (NCS). Cet outil finlandais développé par Meretoja et al. (2004) et basé sur les travaux de Benner, a été validé dans différents contextes (Kuokkanen et al., 2016; Lima et al., 2016; Numminen et al., 2015; Wangensteen, Johansson, Björkström, et Nordström, 2012). Il permet d'évaluer grâce à une échelle numérique (0-100) différentes habiletés puis de les regrouper en sept catégories s'apparentant à des compétences, notamment le rôle professionnel ou la gestion de situations de soins. En utilisant un devis longitudinal, Lima et al. (2016) ont conclu que le niveau de compétences moyen autorapporté par les 47 IND a presque doublé (41,4 à 76,7) durant leur première année de pratique. Cette augmentation a été statistiquement significative entre 0 et 6 mois, mais non significative entre 6 et 12 mois. Ke et al. (2017) ont quant à eux effectué une revue systématique d'articles publiés entre 2011 et 2014 sur l'efficacité d'un programme de préceptorat sur les compétences d'IND. Retenant six articles, ces auteurs concluent que les

compétences d'IND s'améliorent significativement dans les trois premiers mois de pratique lorsque celles-ci sont accompagnées par des infirmières préceptrices, en particulier en termes de raisonnement clinique et de résolution de problèmes. Nos résultats sont cohérents avec ceux de Ke et al. (2017) et Lima et al. (2016), mais apportent peu de précisions supplémentaires sur la progression du déploiement de compétences pendant la première année de pratique. Des études quantitatives pourraient être effectuées pour mieux comprendre cette temporalité à 3, 6 et 12 mois des IND d'un programme basé sur l'APC.

***Ma collaboration professionnelle.*** Ce second thème décrit la collaboration de l'IND avec les autres professionnels de la santé, leur travail en dyade avec un infirmier auxiliaire et l'intégration de leurs patients et de leur famille aux soins. Tel que décrit au Tableau 17, certains éléments précis des quatre compétences liées à ce thème sont mis en évidence par les résultats.



Tableau 17

*Compétences et éléments de compétence du thème « Ma collaboration professionnelle »*

<b>Compétences</b>	<b>Éléments (provenant de FSI-UdeM, 2010b)</b>
Collaborer dans des équipes professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation dans l'équipe intra et interprofessionnelle</li> <li>• Intégration du patient/famille dans l'équipe</li> </ul>
Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination de l'équipe</li> </ul>
Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation de collaboration avec le patient/famille et d'autres intervenants</li> </ul>
Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion sur la façon d'entrer en relation en privilégiant des valeurs humanistes</li> <li>• Ajustement de son enseignement selon les besoins et préoccupations</li> </ul>

Un apport de notre étude est d'identifier la collaboration que les IND issues d'un programme en APC mettent en œuvre avec les autres professionnels de la santé sur les unités de soins aigus, en particulier le travail en dyade avec l'infirmière auxiliaire. Cette coordination demande un certain niveau de leadership, exprimant une affirmation de soi comme professionnel, que les IND arrivent à déployer avec difficulté en début de pratique. Un apport

important de notre étude est d'apporter des données empiriques sur ce travail de gestion de la dyade, qui représente un des plus grands défis auxquels sont confrontés les IND. À notre connaissance, cet élément a été peu étudié au Québec ou ailleurs. Cette difficulté dans la coordination du travail avec l'infirmière auxiliaire était rapportée non seulement par les IND, mais également par des participantes de tous les groupes qui établissaient toujours un lien explicite avec l'expression de leadership. D'autres études arrivent à cette conclusion que le leadership est une des compétences les plus difficiles à déployer pour les IND en début de pratique, autant de leur propre point de vue (Blazun, Kokol, et Vosner, 2015; Lima et al., 2016) que du point de vue d'infirmières plus expérimentées (Freeling et Parker, 2015). Toutes ces études explorent cette dimension par le biais de questionnaires quantitatifs. Un des apports de notre étude est de présenter ces deux points de vue, soit celui des IND et celui d'infirmières impliquées dans leur cheminement. Nos résultats permettent d'avoir une compréhension approfondie de la façon dont les IND déploient ce leadership et coordonnent la dyade avec l'infirmière auxiliaire. Ces éléments sont le reflet de capacités et indicateurs du référentiel de compétences de la FSI-UdeM (2010b) en lien avec la compétence de leadership clinique.

Si la gestion de la dyade avec l'infirmière auxiliaire représente un défi pour les IND en début de pratique, nos résultats indiquent que les IND parviennent à s'approprier ce rôle au courant de leur première année de pratique et à déployer leur leadership clinique. Les attentes pour cette compétence pourraient donc être modulées de façon plus progressive afin de permettre une transition plus facile pour les IND entre le milieu de formation et le milieu de travail. Brown et Crookes (2016) rapportent les résultats d'un sondage répondu par 495 infirmières (taux de réponse de 90%), où les habiletés de leadership et de supervision ont été

jugées les deux moins nécessaires parmi une liste de 30 habiletés. Sans remettre en question l'importance du leadership clinique, les auteurs rapportent que ces habiletés sont encore en développement en début de pratique et qu'elles nécessitent plus de temps pour être intégrées et consolidées que d'autres habiletés, ce qui explique le fait qu'elles ont été jugées moins nécessaires. Cette explication rejoint les résultats de notre étude sur le déploiement du leadership, bien que plusieurs participantes insistaient sur l'importance du leadership en début de pratique.

Le thème de la collaboration professionnelle a également permis de décrire comment les IND entrent en relation avec leurs patients et leur famille. Cet accompagnement s'effectue par le respect de l'unicité des patients, de leurs croyances et par le questionnement sur leurs préoccupations. Ces éléments sont des indicateurs de la compétence « Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé. » Nos résultats suggèrent que ceci est une force chez les IND, confirmée par des participantes de tous les groupes, qui faisaient un lien explicite entre cette compétence et la philosophie humaniste-*caring* prônée par la faculté d'où provenaient les IND. En plus d'entrer facilement en relation, elles sont capables de collaborer pleinement avec les patients et leur famille et d'adapter leurs soins et leur enseignement, faisant également partie d'indicateurs de la même compétence. D'autres études récentes arrivent à une conclusion similaire (Lima et al., 2016; Numminen et al., 2015; Voldbjerg et al., 2016). Une piste d'explication pourrait être la prédisposition à l'humanisme et à l'empathie chez les étudiantes qui s'inscrivent dans un programme de formation pour devenir infirmières (Penprase, Oakley, Ternes, et Driscoll, 2015; Williams, Dean, et Williams, 2009). Une autre explication pourrait être que de nombreuses écoles de

sciences infirmières s'inspirent de philosophies ou d'écoles de pensées prônant ces valeurs.

Malgré cette force, nos résultats mettent de l'avant que plusieurs infirmières ont le sentiment de manquer de temps – particulièrement en début de pratique – pour s'intéresser à la signification de l'expérience de santé pour leurs patients, mieux les impliquer dans leurs soins et les intégrer dans l'équipe professionnelle. Ce sentiment de manquer de temps pourrait également expliquer en partie les difficultés vécues par les IND dans le déploiement de la compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé ».

Mais si les IND présentent une aptitude au *caring* et démontrent des comportements empreints d'humanisme dans leur pratique, il en demeure que certaines peuvent avoir des difficultés à travailler avec certaines clientèles. Une IND a exprimé qu'elle trouvait parfois ardu d'agir avec des personnes ayant des troubles cognitifs ou des personnes passives pendant les soins et qui veulent que l'infirmière s'occupe de tout. Cette IND faisait par contre preuve d'autocritique et était capable de réfléchir sur sa façon d'entrer en relation avec ces patients et l'influence de ses valeurs, en affirmant que certains comportements observés allaient à l'encontre de ses valeurs. Ce thème n'ayant pas particulièrement été approfondi pendant les entrevues, d'autres études seraient nécessaires pour examiner cet aspect.

***Ma pratique scientifique.*** Ce troisième thème décrit la façon avec laquelle les IND élaborent leurs démarches de soins et appuient leur pratique sur des données provenant de sources scientifiques et crédibles. Tel que décrit au Tableau 18, certains éléments précis des deux compétences liées au thème sont mis en évidence par les résultats.

Tableau 18

*Compétences et éléments de compétence du thème « Ma pratique scientifique »*

Compétences	Éléments (provenant de FSI-UdeM, 2010b)
Exercer un jugement clinique infirmier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissement d'un plan de soins</li> </ul>
Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse scientifique des données de la situation</li> <li>• Justification des interventions à partir de sources crédibles</li> <li>• Mise à jour des connaissances</li> </ul>

Notre étude permet d'apporter un éclairage nouveau au processus de démarche de soins effectuée par les IND, concluant qu'elles sont en mesure d'analyser les données collectées à partir des situations de leurs patients, d'établir un plan de soins et de justifier leurs interventions à la lumière de sources crédibles. Nos résultats contribuent à enrichir les connaissances en identifiant que l'élément principal diminuant cette capacité de raisonnement clinique est le nombre de patients dont elles sont responsables, ce qui leur donne l'impression de manquer de temps et les amène à se centrer sur des tâches précises. Comme le mentionnaient des participantes à notre étude, les IND ont parfois besoin qu'on leur permette de prendre plus de temps pour faire les liens nécessaires dans certaines situations cliniques. Le soutien d'infirmières expérimentées, par le biais de stratégies pédagogiques telles que le

questionnement, aide les IND à poursuivre le développement de leur raisonnement clinique. Notre étude permet d'approfondir les résultats d'autres études concluant que cette habileté à faire des liens entre les éléments d'une situation clinique est l'une des plus déployées par les IND en contexte de soins aigus (Lima et al., 2016; Numminen et al., 2014).

Notre étude suggère que la curiosité scientifique des IND provenant d'un programme basé sur l'APC leur permet de se démarquer sur les unités de soins aigus des établissements de santé. Cependant, cette curiosité doit être cultivée et encouragée par la culture organisationnelle dans lequel elles se trouvent, si elles ne veulent pas perdre cette aptitude à la recherche d'informations provenant de sources scientifiques lorsqu'elles ont un questionnement. Les raisons expliquant cette perte de culture scientifique évoquée par les participantes à notre étude rejoignent celles d'autres auteurs (Blazun et al., 2015; Lima et al., 2016; Numminen et al., 2015).

Quant à eux, Voldbjerg, Grønkjær, Wiechula, et Sørensen (2017) ont identifié différentes sources de savoirs que les IND utilisaient dans leur pratique : des ressources externes (allant de sources scientifiques à la collègue en passant par le patient), des ressources internes ainsi qu'un sentiment intuitif. Ces auteurs concluent que certaines IND accordent une plus grande valeur et crédibilité aux savoirs de collègues plus expérimentées. Nos résultats semblent un peu différents de ceux de Voldbjerg et al. (2017). Les IND de notre étude semblent plutôt questionner leurs collègues plutôt dans un but d'efficacité et pour s'intégrer plus facilement à l'équipe de soins. Bien que plusieurs ressources soient disponibles sur les unités de soins et que certaines soient facilement accessibles via des plateformes électroniques, une culture présente sur les unités de soins aigus encourage l'imitation plutôt que la recherche de résultats probants. Des IND expliquent en partie qu'elles n'ont pas accès aux mêmes ressources (par exemple, les bases de

données de recherche) que pendant leur formation. Cet aspect de la culture a été identifié par certaines participantes de notre étude comme limitant leur utilisation de sources scientifiques, ce qui est confirmé par d'autres études (Lima et al., 2016; Melnyk, Fineout-Overholt, Gallagher-Ford, et Kaplan, 2012).

La prochaine section porte plus spécifiquement sur les facteurs influençant le déploiement de compétences des IND, soit les facteurs organisationnels et individuels.

### **Question #3 : Les facteurs influençant le déploiement des compétences des IND dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus**

Les deux derniers thèmes exposés au précédent chapitre ont permis d'identifier des facteurs organisationnels et individuels influençant le déploiement de compétences des IND. Ces facteurs seront repris dans la présente section et discutés à la lumière de résultats d'autres études.

*Facteurs organisationnels.* Notre étude suggère qu'un des facteurs importants influençant le déploiement de compétences des IND est leur accueil dans l'établissement de santé et le programme d'orientation qu'elles suivent. Dans les dernières années, plusieurs auteurs se sont penchés sur ces programmes que nous nommerons programmes de transition. Edwards, Hawker, Carrier, et Rees (2015) en ont recensé quatre types : 1) programme de résidence durant 6-12 mois; 2) programme d'orientation durant 1-20 semaines; 3) programme de préceptorat sans activité théorique et à durée variable; et 4) programme de simulation clinique haute-fidélité à durée variable. Edwards et al. (2015) ont recensé 30 études analysant l'efficacité de ces programmes sur le déploiement de compétences et les connaissances, la confiance en soi,

les niveaux de stress et d'anxiété ainsi que la satisfaction à l'emploi d'IND. Les auteurs concluent que ces programmes ont une influence positive sur tous les indicateurs, incluant le déploiement de compétences des IND, ce qui a été corroboré par d'autres revues systématiques récentes (Ke et al., 2017; Whitehead et al., 2013).

Dans notre étude, les IND ont bénéficié d'un programme d'orientation de 19 jours et d'une stabilisation de trois mois sur une unité de soins aigus. À la lumière de nos résultats et de la littérature, on peut se questionner si les IND ne pourraient bénéficier d'un programme d'orientation ou d'une période de stabilisation plus longue. Considérant les résultats obtenus par Lima et al. (2016), qui ont observé une augmentation statistiquement significative du niveau déployé de compétences d'IND entre 0-6 mois, la mise en place d'un programme de soutien de six mois pourrait permettre aux IND de mieux s'intégrer au milieu et d'assurer un déploiement de compétences optimal. Bien entendu, des coûts plus importants sont associés aux programmes de transition plus longs. De nombreuses études ont conclu que ce type d'investissement avait des retombées positives sur le taux de rétention des infirmières, permettant ainsi des économies substantielles pour les établissements de santé (Cochran, 2017; Healy et Howe, 2012; Hillman et Foster, 2011; Trepanier, Early, Ulrich, et Cherry, 2012). Des analyses coût-bénéfice font état d'économies annuelles pouvant aller de 300 000\$ à 800 000\$ USD pour les établissements de santé (Rush, Adamack, Gordon, Lilly, et Janke, 2013).

Outre le programme de transition, nos résultats semblent indiquer que la charge de travail des IND n'est pas toujours adaptée au fait qu'elles débutent leur pratique. Bien qu'elles soient des professionnelles autonomes et qu'un effort soit fait pour respecter une certaine gradation dans les premiers mois de pratique, des IND se voient parfois attribuer la responsabilité d'un



même nombre de patients qu'une infirmière d'expérience. Dans le contexte de début de pratique, ceci peut être perçu comme une surcharge de travail pour les IND, conclusion également obtenue par Batch-Wilson (2016). Puisque de nombreuses études ont mis en évidence qu'une surcharge de travail peut avoir des répercussions négatives sur la qualité des soins offerts par les infirmières (Aiken et al., 2012; Chiang, Hsiao, et Lee, 2017; Hall, Johnson, Watt, Tsipa, et O'Connor, 2016), il pourrait être pertinent de se questionner sur ce que représente une charge de travail adaptée pour une IND. À notre connaissance, peu d'études ont exploré cet aspect qui est pourtant un élément clé de la gestion des ressources humaines. Le début de pratique est une période de transition pendant laquelle l'IND a beaucoup d'apprentissages à faire en lien avec l'intégration de son rôle professionnel (Duchscher, 2008, 2009), ce qui lui demande des efforts supplémentaires. Nos résultats indiquent qu'il devient nécessaire de trouver des moyens d'adapter la charge de travail de façon progressive pour les IND.

Alors que les IND participant à notre étude n'étaient diplômées que depuis 11 à 16 mois, elles avaient déjà vécu des expériences à titre d'infirmières préceptrices. Une de ces IND avait encadré cinq stagiaires ou IND dans les 12 derniers mois. Bien qu'à notre connaissance il n'existe pas de recommandations sur le moment précis à partir duquel une IND peut agir en tant que préceptrice, cette décision semble incohérente avec la période de transition que vivent les IND. Cette étape cruciale d'intégration de leur rôle est nécessaire pour leur permettre de déployer les compétences développées pendant leur formation initiale. Puisque le déploiement de compétences peut prendre jusqu'à 12 mois, on peut se questionner sur la qualité de l'encadrement que ces IND sont en mesure d'offrir à une stagiaire ou une autre IND, ainsi que l'impact sur le développement et le déploiement de compétences du tandem préceptrice-

préceptorée.

Finalement, nos résultats suggèrent que malgré la mise en place d'une norme de formation continue en 2012 par l'OIIQ (Ouellet, Durand, et Maillé, 2011), plusieurs infirmières peinent à adopter une culture scientifique et à comprendre l'importance de baser leur pratique sur des résultats probants. Sur les unités de soins aigus, les IND sont parfois confrontées à des comportements et des discours qui vont à l'encontre des meilleures pratiques. Pour une IND qui tente de trouver sa place, de déployer pleinement ses compétences et d'avoir une pratique scientifique, ceci peut influencer négativement sa capacité à conserver ses acquis en termes de pratique basée sur les résultats probants et les sources scientifiques. Squires et al. (2013) avancent que deux prédicteurs importants de l'utilisation des résultats probants sont liés directement aux infirmières, soit leurs croyances et motivations en lien avec l'utilisation de résultats de recherche, et leur utilisation antérieure de résultats de recherche pour modifier leur pratique. Les IND d'un programme basé sur l'APC ont exprimé que leur programme de formation les avait bien préparées à l'utilisation de résultats de recherche, ce que confirmaient d'autres participantes. Ceci pourrait les aider à conserver cet aspect de leur pratique scientifique.

***Facteurs individuels.*** Un des facteurs individuels ayant été identifié dans notre étude et influençant le déploiement de compétences des IND est la qualité des apprentissages dans les stages cliniques suivis pendant leur formation initiale. Depuis plusieurs années, les établissements d'enseignement peinent à placer les étudiantes en sciences infirmières dans les établissements de santé (Lamont, Brunero, et Woods, 2015; Smith, Corso, et Cobb, 2010) afin qu'elles puissent effectuer le nombre de journées de stage clinique prévues au curriculum. Ces difficultés sont causées par différentes raisons, dont l'augmentation du nombre d'étudiantes et

le manque de disponibilité d'infirmières préceptrices dans les établissements de santé. Elles ont mené à des préoccupations concernant la qualité de l'encadrement offert dans certains établissements (Lamont et al., 2015), ayant pu résulter en une inégalité dans les apprentissages des étudiantes. Les étudiantes ont également la responsabilité de saisir les occasions qui s'offrent à elles pour mettre en pratique leurs connaissances théoriques et leurs habiletés techniques dans un but d'intégration de leurs apprentissages. Ceci est d'ailleurs un des fondements de l'APC, de rendre l'étudiant actif et centré sur ses apprentissages.

Nos résultats suggèrent que certaines IND n'ont pas su profiter pleinement de la séquence de stages cliniques proposée pendant leur formation, ce qui a une incidence sur le déploiement de leurs compétences. Trois raisons ont été évoquées par les participantes de cette étude : dans certains cas, l'IND n'a pas su saisir suffisamment les occasions s'offrant à elle, dans d'autres cas, l'unité de soins où elle était placée ne lui permettait pas de faire certains apprentissages nécessaires et finalement, l'encadrement de l'infirmière préceptrice à laquelle l'IND était attribué n'était pas adéquat. Plusieurs études récentes ont porté un regard sur les éléments favorisant l'apprentissage des étudiantes pendant les stages cliniques (Cooper, Courtney-Pratt, et Fitzgerald, 2015; Doyle et al., 2017; Ford et al., 2016). Notre étude a permis de confirmer certains des éléments identifiés par ces auteurs, dont la nécessité d'avoir un encadrement adéquat et de soutenir les étudiantes dans le développement de leurs compétences pendant les stages cliniques.

Malheureusement, nos résultats semblent indiquer que les IND, tout comme d'autres infirmières en général, peuvent être victimes d'intimidation. Ce phénomène et ses conséquences négatives ont été documentés en profondeur dans les dernières années : rapports méfiants entre

infirmières, manque de considération, comportements malveillants comme l'intimidation à proprement parler et violence intraprofessionnelle (Alderson, 2009; Birks et al., 2017; Dellasega, 2011, 2013; Kelsey, 2017; Laschinger et al., 2010; Simons et Sauer, 2013; Weaver, 2013; Yokoyama et al., 2016; Youn Ju, Bernstein, Mihyoung, et Nokes, 2014). Malgré une prise de conscience de l'existence de ces comportements depuis plusieurs années et la mise en place de politiques, il semble que ces comportements demeurent présents sur les unités de soins (Chapados, Phaneuf, et Gareau, 2017) et sont maintenant vécus par des étudiantes en sciences infirmières (Birks et al., 2017; Budden, Birks, Cant, Bagley, et Park, 2017; Courtney-Pratt, Pich, Levett-Jones, et Moxey, 2017). Ces comportements peuvent avoir de nombreuses conséquences négatives. Les résultats de Vogelpohl (2011) mettent en lumière ces effets négatifs : près d'une infirmière sur trois (31,6 %) affirme que l'intimidation a un impact négatif sur sa pratique et presque autant (29,5 %) avoue avoir considéré quitter la profession.

Leong et Crossman (2016) ont étudié le phénomène de l'intimidation d'infirmières expérimentées envers des IND. À la suite d'entrevues semi-structurées (n=31, dont 26 IND), ils ont identifié une particularité de l'intimidation envers les IND qui pourrait se traduire par « qui aime bien châtie bien » (*tough love*). Ces auteurs ont conclu que si les nouvelles infirmières étaient la proie de comportements liés à de l'intimidation (commentaires sarcastiques, critiques, insultes, reproches excessifs), les personnes perpétrant ces gestes le faisaient dans un but de développer la compétence et l'indépendance. Malgré qu'il s'agisse de comportements abusifs pouvant avoir des conséquences négatives sur les IND, l'intention des infirmières plus expérimentées n'était donc pas forcément de l'intimidation à proprement parler. Tout comme les résultats de Leong et Crossman (2016), certaines participantes à notre étude semblaient

attribuer une légitimité à certains comportements pouvant être perçus comme intimidants.

Nos résultats ont permis d'identifier une source d'intimidation peu documentée jusqu'à présent : au Québec, deux formations de niveaux différents (collégial et universitaire) donnent accès au même permis d'exercice. Des participantes ayant fait des études universitaires ont confié avoir eu à mentir sur leur niveau de scolarité, afin de ne pas subir d'intimidation de la part de leurs consœurs. Hutchinson, Vickers, Wilkes et Jackson (2010) rapportent qu'une des formes d'intimidation vécue par les infirmières a pour but l'érosion de leur identité professionnelle et de leurs compétences. Lorsque des participantes suggèrent aux IND de ne pas révéler qu'elles ont un diplôme universitaire, il s'agit d'une potentielle tactique afin de les protéger contre un dénigrement de leur identité professionnelle. Une autre forme d'intimidation consiste à compliquer la tâche professionnelle de la personne (Hutchinson et al., 2010). Dans notre étude, des participantes ont exprimé avoir vécu de telles situations, par exemple, lorsque Isabelle (IND-1) explique qu'on lui donnait des sections plus lourdes et qu'on lui offrait moins d'aide lorsqu'elle était attitrée à l'équipe volante. D'autres études québécoises seront nécessaires afin de mieux identifier les causes de l'intimidation vécue par les infirmières. D'ailleurs, une recherche doctorale est présentement en cours afin de comprendre ce phénomène (Durocher, 2018).

En somme, les résultats de notre étude ont permis de confirmer ceux d'autres études récentes sur le déploiement de compétences d'IND. L'apport de notre étude est d'avoir montré que les IND d'un programme basé sur l'APC recrutées pour cette étude réussissent à déployer sept des huit compétences qu'elles ont développé pendant leur formation initiale à un niveau égal ou supérieur au niveau de fin de programme. La compétence « Agir avec les

personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé » semble être plus difficile à mettre de l'avant dans un milieu de soins aigus. Il appert que les IND d'un programme basé sur l'APC déploient avec une certaine facilité les compétences « Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé » ainsi que « Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique », mais qu'elles doivent être soutenues afin de conserver ces acquis. Nos résultats indiquent que les IND éprouvent des difficultés dans le déploiement de certaines autres compétences dans les premiers mois de pratique, en particulier la compétence « Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière »; le plein déploiement peut prendre d'une à deux années selon les participantes.

Des facteurs influencent le déploiement de ces compétences, en le facilitant ou en le limitant. Deux types de facteurs ont été identifiés, soit les facteurs organisationnels et individuels. L'apport de cette étude est d'avoir identifié des éléments mis en place dans le milieu de soins aigus afin de soutenir les IND, comme un programme d'orientation et une stabilité. Cependant, le contexte actuel de soins ne permet pas aux gestionnaires de l'établissement de santé de respecter ces éléments mis en place, ce qui limite et retarde le plein déploiement de compétences des IND. Parmi les facteurs individuels limitant fortement le déploiement de compétences, notons l'intimidation vécue par les IND, phénomène particulièrement documenté dans la profession infirmière. Notre étude vient confirmer que ce problème subsiste toujours, malgré la mise en place de politique dans les établissements de santé. La prochaine section s'attardera aux considérations méthodologiques de cette étude.

## Contribution théorique

Une des contributions théoriques de cette étude a été la construction d'un cadre de référence original ayant servi à guider cette étude : le modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière, présenté au chapitre 2. Tel que précédemment mentionné, ce modèle intègre les écrits de Benner (1982, 1984) sur le développement de l'expertise professionnelle ainsi que ses écrits plus récents sur sa vision pédagogique (Benner et al., 2009; Benner et al., 2010) aux travaux de Tardif (2006, 2017) sur l'APC. Bien que le travail ait été effectué par une réflexion théorique avant la collecte des données, nos résultats ont permis de corroborer certains liens entre les différents concepts pour mieux comprendre l'expérience des IND, ainsi que de détailler les types de facteurs présents dans le milieu clinique et influençant le déploiement de compétences (voir Figure 6).

Ces résultats rappellent le modèle de transition de Duchscher (2009) qui identifiait des changements précis survenant pendant la transition des IND, en plus de détailler des conséquences sur leur pratique professionnelle. Selon l'auteur, ces changements sont influencés par le contexte dans lequel évoluent ces nouvelles infirmières. Nos résultats corroborent certains éléments spécifiques de l'expérience des IND identifiés par Duchscher (2009) : manque de soutien, besoin de réassurance, manque de modèle de rôle, difficulté d'expression du leadership et de délégation des tâches, et présence d'une structure hiérarchique parfois oppressante, pour ne nommer que ceux-ci. Ceci semble indiquer que l'expérience de transition est vécue de façon similaire dans différents contextes de soins aigus et que nos résultats pourraient être transférables à d'autres milieux.

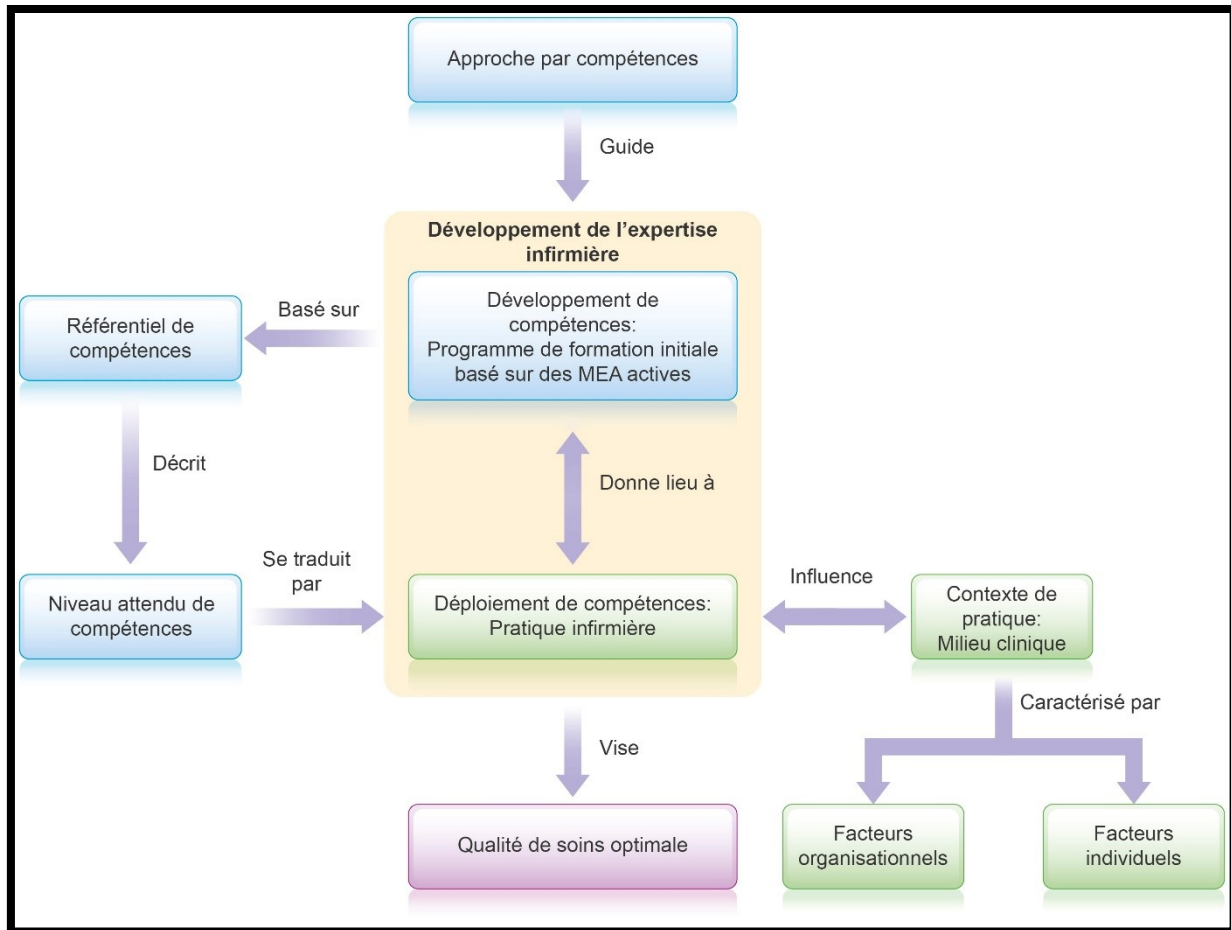


Figure 6. Modèle de développement et de déploiement de compétences en pratique infirmière

Notre modèle de développement et déploiement de compétences en pratique infirmière suggère qu'un programme de formation initiale devrait mener à la professionnalisation des étudiants. Bélisle a proposé, en 2011, un cadre conceptuel définissant cette professionnalisation selon trois axes : le développement de compétences professionnelles, l'acquisition d'une culture professionnelle et la construction d'une identité professionnelle. Bien que Bélisle (2011) n'ait pas développé son modèle spécifiquement pour les sciences infirmières ou pour le programme de la FSI-UdeM, de nombreux parallèles peuvent être faits entre nos résultats et les trois axes de ce modèle. Tout d'abord, l'APC de seconde génération permet d'aider les IND à développer



des compétences professionnelles selon un référentiel préétabli et nos résultats démontrent que les celles-ci sont en mesure de déployer la majorité de leurs compétences. Ensuite, les IND discutent de leur identité professionnelle, toujours en construction pendant leur première année de pratique. Finalement, elles s'intègrent à la culture professionnelle du milieu où elles se trouvent, qui peut parfois être en contradiction avec certaines de leurs valeurs.

Notre modèle de développement et déploiement de compétences en pratique infirmière permet de considérer un rapprochement entre la théorie et la pratique dans la discipline infirmière, soit entre ce que les étudiants apprennent dans les maisons d'enseignement et la réalité des établissements de santé. Cet écart entre la formation et la pratique infirmière persiste encore aujourd'hui (Hussein et Osuji, 2017; Thibeault, 2017) malgré un dialogue constant entre les deux milieux. Ce modèle illustre le continuum du développement de compétences, débutant lors de la formation initiale et se poursuivant tout au long de la pratique professionnelle de l'infirmière, en plus d'illustrer l'influence du milieu sur la pratique de l'infirmière. Ces éléments permettent de considérer la formation et la pratique comme étant non seulement liées, mais s'influençant mutuellement. Ce modèle pourrait faire l'objet de futures études afin de le bonifier ou de le valider empiriquement.

### **Considérations méthodologiques**

Puisque certaines composantes méthodologiques de la présente étude ont pu avoir une influence sur les résultats, il convient de les examiner en profondeur. À cet égard, la pertinence du devis de recherche, de l'échantillonnage, des méthodes de collecte de données seront discutées dans les sections suivantes.

## **Pertinence du devis**

Parmi les études qui décrivent les compétences d'IND, très peu tiennent compte du contexte dans lequel ces infirmières sont placées pour expliquer le déploiement de leurs compétences. Ceci s'avérait être une limite importante dans l'état des connaissances et nous semblait incohérent considérant la définition holistique d'une compétence, telle qu'énoncée dans la recension des écrits. L'ethnographie s'est révélée être une méthode pertinente pour examiner ce contexte ainsi que son influence sur le déploiement de compétences des IND. Ce devis nous a permis d'obtenir une richesse dans les données que d'autres types de devis n'auraient pu capter.

De nombreux auteurs soutiennent que l'ethnographie est une méthode judicieuse d'évaluation de programme (Fetterman, 1988, 1984; Goetz et LeCompte, 1984; Hopson, 2005; LeCompte et Nastasi, 1999), entre autres par sa capacité à tenir compte du contexte. Bien que le but n'était pas de faire une telle évaluation, notre étude a permis de décrire les résultats du programme de formation initiale de la FSI-UdeM en termes de compétences déployées par les IND issues de ce programme. Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, et Hartz (2009) mentionnent que différents éléments peuvent être étudiés afin de permettre une évaluation normative d'un programme de formation, dont l'appréciation des résultats. L'ethnographie s'est donc révélée une méthode pertinente non seulement pour décrire les compétences des IND, mais également pour comprendre le déploiement de ces mêmes compétences en milieu de soins aigus.

## **Milieu et échantillonnage**

Afin d'assurer la faisabilité de l'étude, un choix conscient a été fait de recruter des

participantes d'un seul établissement de santé. Dans un souci de comprendre en profondeur la culture du milieu hospitalier de soins aigus d'une façon générale et non spécifique à une seule unité de soins, des participantes ont été recrutées sur trois unités. L'échantillonnage de cette étude se démarquait d'autres études récentes (Batch-Wilson, 2016; Doody et al., 2012; Holland et al., 2010; Lima et al., 2016; Numminen et al., 2015; Wolff et al., 2010) sur le déploiement de compétences d'IND par le recrutement d'acteurs-clés provenant de quatre sous-groupes de la culture de milieu hospitalier de soins aigus : des IND, des infirmières préceptrices, des CSI et d'autres professionnels. Cette diversité nous a permis d'identifier des *patterns* significatifs entre les groupes ou de contraster des spécificités dans la perception du déploiement de compétences des IND. Cette triangulation des sources de données a permis d'augmenter la rigueur méthodologique de cette étude, qui était un des critères de scientificité retenus.

### **Collecte de données**

En ethnographie, tout comme en ethnographie ciblée, le principal instrument de collecte de données est le chercheur lui-même (Fetterman, 2010; Spradley, 1980), par l'observation et par la modération des entrevues ou des groupes de discussion. Par la présence dans le milieu de l'étude, une relation de confiance s'est créée avec les participantes, ce qui leur a permis de se sentir à l'aise et de s'exprimer librement. Ceci a permis des échanges authentiques et enrichissant les données, autant pendant l'observation que les entrevues et les groupes de discussion. À travers une observation de type passive des interactions entre les IND, les autres acteurs présents et leur milieu, des facteurs organisationnels et individuels influençant le déploiement de compétences ont été identifiés, en plus d'observer le déploiement de certaines compétences. Les périodes d'observation ont également permis de mieux comprendre

l'organisation sociale et professionnelle des unités de soins aigus. L'utilisation d'une grille d'observation a permis d'organiser les notes de terrain, ce qui en a facilité l'analyse par la suite.

Plusieurs des facteurs influençant le déploiement de compétences identifiés pendant les séances d'observation ont pu être confirmés par la suite pendant les entrevues individuelles ou les groupes de discussion. Ces entrevues se sont majoritairement déroulées sur l'unité où travaillaient les IND au moment qui leur convenait et ont toutes été modérées par l'étudiant-chercheur, ce qui représente une force de cette étude, apportant une cohérence à travers tout le processus de collecte de données. Le guide d'entrevue était composé de questions ouvertes, débutant par l'expérience globale des IND pour aborder ensuite plus spécifiquement les compétences déployées et les facteurs ayant une influence sur ce déploiement. Il a permis d'obtenir une richesse et une profondeur dans les données, puisque les participantes pouvaient parler de leur propre expérience sans être contraintes à parler d'un élément en particulier. Les limites de la présente étude seront exposées dans la prochaine section.

### **Limites**

Malgré le respect des critères de scientificité dans le déroulement de cette étude, certaines limites méritent d'être soulevées et discutées.

Une première limite concerne le milieu de l'étude. Ce milieu était, au moment de la collecte des données, à l'aube d'une transformation majeure. Certaines conclusions peuvent donc s'appliquer différemment dans ce nouveau contexte. Ce choix de n'avoir qu'un seul établissement de santé peut avoir un impact sur la transférabilité des résultats dans d'autres milieux. Afin de pallier cette limite, une description en profondeur de la culture de milieu

hospitalier de soins aigus a été présentée dans le chapitre de résultats, décrivant l'organisation physique, sociale et professionnelle de l'établissement dans lequel s'est déroulée l'étude.

En ce qui concerne le groupe de participantes, un des défis de cette étude a été le recrutement, plus particulièrement pour les participantes du groupe des IND et des préceptrices. Ceci peut s'expliquer par le fait que plusieurs infirmières cliniciennes travaillent sur les unités de soins critiques (p. ex., l'urgence ou les soins intensifs), qui n'étaient pas inclus dans cette étude. Une autre piste d'explication pour la difficulté de recrutement est le fait que les infirmières considéraient avoir une lourde charge de travail, ce qui peut influencer sur la disponibilité physique et psychologique pour participer à un projet de recherche. Ce défi de recrutement d'infirmières est vécu par d'autres chercheurs (Broyles, Rodriguez, Price, Bayliss, et Sevick, 2011; Luck, Ng Chok, et Wilkes, 2017) qui ont identifié certains éléments facilitants, entre autres le recrutement en personne, la flexibilité dans la disponibilité du chercheur et l'échantillonnage par réseaux. Ces techniques ont été utilisées dans ce projet, sans avoir le succès escompté. Le recrutement, ainsi que les phases de collecte de données et d'analyse de données ont donc été plus longues qu'initialement prévues et la taille d'échantillon moindre que prévue pour les IND et les préceptrices. Ceci pourrait avoir eu un impact sur la richesse des données, en particulier en ce qui concerne la sous-représentation des IND. Malgré ces difficultés de recrutement, nous avons approché une saturation des données permettant de répondre aux trois questions de recherche émises au départ, avec l'ensemble des groupes à l'étude. Ceci nous a permis d'obtenir des résultats rigoureux.

Toujours en lien avec l'échantillon, toutes les participantes à l'étude étaient des femmes. Bien que les questions de genre et de sexe n'étaient pas à l'étude, il aurait pu être intéressant

d'inclure des infirmiers de sexe masculin dans l'échantillon, en particulier au niveau des IND. Des différences dans le déploiement de compétences ou dans les facteurs influençant ce déploiement auraient pu être dégagées.

En ce qui concerne la collecte de données, bien qu'il ait été facile de trouver un local à l'écart et tranquille pour effectuer les entrevues, elles ont toutes dû être interrompues, soit par une personne entrant dans le local ou par des messages à l'interphone. Ces interruptions semblaient déconcentrer les participantes, qui perdaient le fil de leurs pensées quelques instants et peuvent donc avoir eu une influence sur la qualité de l'entrevue. De plus, les participantes avaient une connaissance différente du référentiel de compétences de la FSI-UdeM (2010b), certaines le connaissant très bien et d'autres moins bien. Afin de contourner cette limite, il était demandé aux participantes pendant les entrevues et groupes de discussion d'identifier des comportements ou de donner des exemples concrets afin d'illustrer leurs propos, qui ont par la suite été analysés grâce au référentiel de compétences.

Finalement, il est toujours possible que les participantes aient été influencées par un biais de désirabilité sociale pendant les entrevues. Cependant, la durée des observations et la multitude de méthodes de collecte de données ont permis de pallier cette limite potentielle.

Alors que des limites ont été énoncées dans cette section, de nombreuses dispositions ont été mises en place tout au long de l'étude afin de réduire leurs effets et d'assurer la rigueur scientifique de cette étude, selon les critères présentés au chapitre 3. La prochaine section discutera des retombées de ces résultats pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier.

## **Retombées pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier**

À la lumière des résultats, il est possible de dégager des retombées pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier, soit la recherche, la formation, la pratique, la gestion et le politique. Ces retombées concernent d'abord et avant tout les infirmières, mais ont également des implications pour les autres professionnels de la santé, les établissements de santé et le système de santé québécois.

### **Recherche**

Les résultats de la présente étude ont mis en lumière le déploiement de compétences d'IND d'un baccalauréat basé sur une APC. Ce type d'étude doit prendre en compte le contexte dans lequel ces infirmières évoluent puisque de nombreuses études, y compris la nôtre, montrent que des facteurs présents dans l'établissement de santé et sur les unités de soins influencent la façon dont les IND déploient leurs compétences. Une façon de prendre en compte ce contexte est d'utiliser le modèle de développement et de déploiement de compétences développé pour cette étude. Ce modèle pourrait être bonifié et validé lors de futurs projets de recherche.

À partir des résultats, des projets de recherche pourraient être conçus pour développer des interventions visant à soutenir la transition des IND dans les milieux cliniques. Alors que de nombreux programmes d'orientation et de résidence existent (Edwards et al., 2015; Ke et al., 2017; Pasila, Elo, et Kääriäinen, 2017), très peu ont fait l'objet d'études comparatives pour valider les stratégies permettant un développement et un déploiement de compétences optimaux. Comme mentionné par Numminen et al. (2015), le développement de ces programmes doit être fait en collaboration entre les milieux d'éducation, les milieux cliniques et les chercheurs. Des

études évaluatives expérimentales et quasi expérimentales pourraient ensuite être élaborées avec une approche de partenariat ou un devis de recherche-action afin d'évaluer ces programmes de transition, leurs retombées, les activités qui les composent et valider leur durée optimale. D'autres études évaluatives des programmes de formation initiale en sciences infirmières pourraient également être faites pour optimiser ces programmes et assurer une meilleure transition entre le milieu académique et le milieu clinique.

### **Formation initiale et continue**

Les résultats de la présente étude pourraient permettre des changements dans la formation initiale des infirmières, en intégrant dans les curriculums des activités leur permettant de mieux développer certaines compétences. Tout en ayant en tête la visée des programmes de formation initiale qui est de préparer les étudiantes à devenir des infirmières généralistes capables d'intervenir dans une variété de situations, un accent doit être mis sur la préparation de ces étudiantes à agir en soins aigus et à la réalité du travail en dyade avec une infirmière auxiliaire. Les étudiantes doivent également être mises face à des situations authentiques et doivent réfléchir à comment déployer leurs compétences lorsqu'elles auront plusieurs patients. De plus, des activités pourraient être mises sur pied à différents moments pendant le programme de formation initiale afin d'aider les étudiantes à mieux déployer la compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé » malgré le contexte de soins aigus.

Il pourrait être pertinent de mettre en place des outils de suivi des activités des étudiantes en stage, afin de sensibiliser à l'importance de profiter des moments mis à leur disposition pour



développer l'ensemble de leurs compétences et intégrer les connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles acquises pendant leur formation. Les infirmières préceptrices d'étudiantes en stage doivent également être formées afin de comprendre exactement le rôle qu'elles doivent jouer dans l'apprentissage des étudiantes. Ces préceptrices provenant des milieux cliniques ont une énorme responsabilité pour la formation des futures infirmières et doivent adapter leurs interventions au niveau auquel l'étudiante est rendue (par exemple, première, deuxième ou troisième année).

Bien que des formations soient normalement prévues pour toutes les préceptrices des stages cliniques, les établissements de santé ne permettent pas toujours aux infirmières préceptrices d'y assister, par manque d'effectifs pour les libérer. Les stages ont des objectifs précis et doivent permettre aux étudiantes de s'approprier différents éléments du rôle de l'infirmière tout en leur permettant de mettre en pratique ce qu'elles ont appris pendant leur formation théorique. Il est essentiel d'assurer une continuité entre ce qui a été appris théoriquement et la mise en pratique dans les milieux de soins et ceci passe par les infirmières préceptrices de stage clinique. Ceci pourrait être amélioré par la mise en place d'activités de formation en ligne en mode asynchrone pour les préceptrices, qu'elles pourraient alors suivre au moment qui leur convient. Tout comme les formations actuelles qui sont rémunérées par les établissements de santé lorsque les infirmières y assistent, ces formations en ligne pourraient également être rémunérées de la même façon.

Il importe de conscientiser les étudiantes aux comportements d'intimidation dont elles pourraient être victimes dans les établissements de santé et sur les unités de soin, autant comme étudiantes que comme infirmières. Cette conscientisation devrait être effectuée dans un but de

donner des outils afin de faire face à ces comportements, de les dénoncer et d'éviter de les reproduire. Les étudiantes devraient être informées de la procédure à suivre lorsqu'elles sont victimes de ce genre de comportement. Pour ce type de plainte, l'enseignant responsable du stage et le coordonnateur de stage devraient être mis au courant de la situation le plus rapidement possible et décider si l'étudiante devrait être affectée à une nouvelle infirmière préceptrice. L'enseignant et le coordonnateur devraient pouvoir se référer à une politique et une procédure claire de la faculté à cet effet.

Des formations obligatoires devraient également être mises sur pied dans les établissements de santé afin de sensibiliser les infirmières au phénomène de l'intimidation. Une littérature abondante existe sur le contenu modèle de ce type de formation. Des politiques devraient être mises en place pour dénoncer ces comportements. Ces recommandations seront élaborées dans la prochaine section, en lien avec la pratique clinique.

Il n'y a pas que les établissements d'enseignement qui réforment leurs programmes pour se baser sur l'APC : de nombreux établissements de santé transforment également leurs programmes d'orientation et de formation continue et suivent cette tendance. Les résultats de la présente étude semblent indiquer que les intervenants d'un même établissement de santé n'adhèrent pas tous à la même conception du concept de compétence, certains adoptant une définition holistique du concept alors que d'autres adoptent plutôt une vision behavioriste. Dans un but de cohérence entre les attentes envers les IND et leur évaluation, il serait important que cette position soit clarifiée par une discussion entre les intervenants de tous les groupes travaillant dans l'établissement de santé. Par la suite, des formations pourraient être préparées pour que les infirmières préceptrices comprennent et appliquent les principes de l'APC, en

particulier au niveau de l'évaluation des compétences.

Finalement, il apparaît pertinent de poursuivre les efforts afin de soutenir une culture scientifique dans les établissements de santé et sur les unités de soins par le biais, entre autres, de la formation continue et de la pratique basée sur des résultats probants. Des modèles existent afin de favoriser le transfert des connaissances issues de la recherche dans les milieux cliniques, comme le modèle des Instituts de recherche en santé du Canada (2016). Ces modèles permettent de comprendre le processus d'implantation de nouvelles pratiques, qui permet d'encourager la culture scientifique des établissements de santé. Ces établissements ont un rôle important à jouer dans le soutien du développement continu des compétences des infirmières.

### **Pratique clinique**

Les résultats de cette étude ont très certainement des implications pour les infirmières pratiquant en soins aigus. Les résultats sur les facteurs influençant le déploiement de compétences ont démontré que les infirmières peuvent jouer un grand rôle dans l'intégration des IND sur les unités de soins aigus. Qu'elles aient un rôle de préceptrice ou non, toutes les infirmières doivent collaborer avec les IND et leur faire une place dans l'équipe intraprofessionnelle. Une structure doit être mise en place pour assurer le soutien des IND et l'identification de modèles de rôle auquel les IND pourraient se référer. Les résultats de la présente étude ont mis en évidence le rôle important que jouaient les CSI à titre de mentors, mais également l'infirmière ressource, attitrée à une unité spécifique. Des postes d'infirmières ressources pourraient être instaurés sur les unités de soins afin d'épauler et soutenir les IND et les autres infirmières dans le développement de leur pratique scientifique et la mise en place

d'une culture scientifique sur les unités de soins. Ces infirmières ressources devraient être présentes sur tous les quarts de travail afin d'uniformiser le soutien et dans un esprit d'équité entre les équipes.

Tel que mentionné précédemment, un des facteurs influençant le déploiement des compétences des IND est la charge de travail. Il serait pertinent de mettre sur pied une période de transition à la suite de la période d'orientation pendant laquelle l'IND aurait une charge de travail réduite, mais progressive, pouvant se manifester par la responsabilité d'un nombre moindre de patients ou de cas moins complexes que les autres infirmières. Cette recommandation implique que les autres infirmières de l'unité acceptent le statut de « nouvelle » des IND et lui laissent le temps nécessaire pour qu'elles parviennent à déployer leurs compétences.

Finalement, il est également important de mettre en place des mécanismes plus structurés et formels pour aider toutes infirmières victimes ou témoin d'intimidation à dénoncer ces comportements. Alors que des mécanismes sont déjà en place dans les établissements de santé, il semble que ces comportements soient encore présents. Des séances d'informations pourraient être organisées afin que les infirmières apprennent à identifier ces comportements. Une procédure claire devrait être adoptée afin que les infirmières victimes de comportements d'intimidation (ou toute personne témoin) puissent dénoncer ces agissements sans crainte pour leur employabilité. Un comité composé de représentants de la Direction des soins infirmiers, de la Direction des ressources humaines et du Syndicat représentant l'employé pourrait être mis en place afin d'étudier ces cas et trouver la meilleure solution pour régler la situation.

## **Gestion et administration**

Les résultats de notre étude suggèrent que les ICU ont une grande influence sur l'intégration des IND, l'atmosphère et la culture qui règne sur les unités de soins. Il importe que les gestionnaires des établissements de santé mettent en place des processus et des structures favorisant la transition des IND en assurant une plus grande stabilité sur les unités de soins, permettant leur intégration. Une première recommandation serait que l'ICU soit présente et accueille les IND sur son unité, en lui présentant l'infirmière préceptrice avec qui elle sera jumelée et en lui démontrant sa disponibilité. L'ICU doit également reconnaître l'apport des IND aux unités de soins et de renforcer leur confiance en elles afin de les aider à s'intégrer aux équipes. Une autre recommandation serait de prolonger la période de stabilisation sur les unités de soins à 6 ou même 12 mois, permettant ainsi aux IND de s'approprier plus facilement leur rôle et d'intégrer pleinement l'équipe de l'unité. Cette recommandation concorde avec les observations de Benner à l'effet que passer du stade d'infirmière débutante au stade d'infirmière compétente peut prendre jusqu'à deux ans. Pendant cette période, les IND sont autonomes, mais doivent pouvoir se référer à des modèles de rôle présent sur l'unité de soins. Il importe donc que les ICU identifient sur leur unité des infirmières pouvant jouer ce rôle, par exemple les infirmières préceptrices.

Les gestionnaires doivent également mettre en place des mécanismes pour assurer une pratique infirmière de qualité, basée sur les résultats probants. Tout en ayant un esprit de collaboration les uns avec les autres, les infirmières doivent baser leur pratique sur des sources scientifiques crédibles. Afin de promouvoir ceci, il pourrait être pertinent de mettre en place des politiques allouant du temps de formation continue rémunéré aux infirmières. Alors que ceci

peut sembler irréaliste, de telles politiques existent déjà pour des groupes particuliers d'infirmières, comme les CSI par exemple. Ceci envoie un message positif de la part de l'organisation, statuant sur l'importance de la formation continue. Plusieurs organismes offrent des séances de formation en ligne (p. ex., l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), que les infirmières peuvent suivre au moment qui leur convient. Les infirmières doivent généralement déboursier un certain montant pour y assister. En mettant en place une politique de remboursement du coût de la formation ou de rémunération, l'établissement miserait sur le développement d'une culture scientifique.

Une autre façon de promouvoir une culture scientifique et une pratique infirmière de qualité est de permettre et d'encourager la participation des infirmières à des congrès scientifiques dans leur domaine. Ces infirmières pourraient par la suite discuter avec les CSI et les ICU des possibilités d'amélioration de la pratique en fonction des connaissances acquises dans ces congrès. Ceci permettrait aux infirmières de se sentir interpellées par le processus de transfert de connaissances, mais demande la pleine collaboration des ICU. Il pourrait également être pertinent de doter les postes informatiques des unités de soins d'un accès aux bases de données d'articles de recherche pertinentes selon la spécialité de chaque unité. Les infirmières pourraient être ainsi encouragées à conserver leur curiosité scientifique et leurs capacités à rechercher de nouvelles informations nécessaires à leur pratique dans ces bases de données.

Finalement, les ICU doivent également être vigilantes et intolérantes aux gestes d'intimidation qui surviennent sur les unités de soins, non seulement envers les IND, mais envers tous les intervenants. Ces comportements ont des impacts négatifs non seulement sur la personne qui les subit, mais ils teintent l'atmosphère de l'unité de soins et peuvent également

diminuer la qualité des soins. Il importe donc dans un premier temps de reconnaître que ces comportements existent et dans un deuxième temps, d'offrir une plate-forme neutre pour les dénoncer tel que précédemment mentionné.

## **Politique**

Il peut s'avérer difficile de mettre en place des structures au niveau de l'ensemble du réseau de la santé québécois afin de faciliter la transition des IND. Cependant, les résultats de cette étude semblent démontrer qu'il devient nécessaire de mettre en place des politiques qui se traduiront par des actions concrètes visant à mieux soutenir la transition des IND. Notre modèle de développement et déploiement de compétences, en incluant des facteurs organisationnels reliés au déploiement de compétences d'IND, offre le potentiel de guider les organisations dans la mise en place de telles structures.

Une première piste serait d'allouer les budgets nécessaires pour assurer la transition harmonieuse des infirmiers des milieux de formation aux établissements de santé. Tel que précédemment mentionné, cet investissement permet des économies pour les établissements, par une augmentation du taux de rétention des IND (Cochran, 2017; Healy et Howe, 2012; Hillman et Foster, 2011; Trepanier et al., 2012). Plusieurs auteurs suggèrent de miser sur un programme de transition sous forme de résidence en soins infirmiers, à l'image de la résidence en médecine (Bevelacqua, 2012; Cochran, 2017; Edwards et al., 2015; Kim, Lee, Eudey, Lounsbury, et Wede, 2015; Lin, Kreider Viscardi, et McHugh, 2014; Trepanier et al., 2012; Welding, 2011). Le but de cette période est d'offrir un soutien optimal aux infirmières résidentes, en les considérant comme personnel surnuméraire, ce qui n'est le cas actuellement

que pendant la période d'orientation, qui se compte en jours sur les unités de soins aigus dans la plupart des établissements de santé québécois.

S'il devient pertinent de réfléchir à une réforme des programmes de soutien pendant la période de transition, il s'avère également nécessaire d'amorcer une réflexion sur la durée de la formation pour accéder à la profession infirmière, qui n'a pas évolué au moins depuis les années 1970 au Québec. Pourtant, pendant cette même période, les soins se sont complexifiés : la population vieillissante souffre de plus en plus de maladies chroniques traitées par une polypharmacie importante, ce qui demande des compétences poussées de la part de tous les intervenants des systèmes de santé. On peut se questionner si les programmes de formation initiale en sciences infirmières peuvent répondre à leur mandat de former des infirmières généralistes en trois ans et s'ils ne pourraient pas bénéficier d'une quatrième année de formation.

Une troisième piste serait de soutenir financièrement des projets de recherche, par exemple par les Fonds de recherche du Québec. Tel que mentionné précédemment, des études pour développer des programmes de transition ou des études évaluatives pour mesurer les retombées de ces programmes deviennent de plus en plus nécessaires pour valider le contenu essentiel et la durée optimale. La plupart des études effectuées jusqu'à présent sont principalement de nature descriptive (Edwards et al., 2015) et ne permettent pas de guider l'élaboration d'un programme de transition basé sur des résultats probants.

Pour terminer, cette étude a mis en lumière, grâce à l'ethnographie ciblée, le déploiement de compétences d'IND ainsi que des facteurs organisationnels et individuels influençant ce déploiement. De plus, les résultats ont permis une contribution théorique originale pour la



discipline infirmière par la construction d'un modèle de développement et déploiement de compétences, qui pourra être raffiné par de prochaines études. Finalement, des retombées pour les différents champs d'activité de l'exercice infirmier se dégagent de cette étude, en particulier pour les établissements de santé de soins aigus.

## **CONCLUSION**

Les programmes de formation en sciences infirmières sont en constante évolution afin d'être à jour avec les derniers résultats de recherche et de permettre de former des infirmières capables d'agir et d'intervenir en collaboration, dans des systèmes de santé de plus en plus complexes. Depuis les travaux de Benner dans les années 1980, de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'expérience des IND, leur transition dans les établissements de santé, ainsi que le déploiement de leurs compétences. Malgré un dialogue entre les milieux de l'éducation et les milieux cliniques, force est de constater que nous voyons encore aujourd'hui une inadéquation entre les objectifs de la formation initiale et les attentes des milieux cliniques.

Même si notre étude ne prétend pas décrire de façon exhaustive la culture de milieu hospitalier de soins aigus, elle a permis de mettre en lumière la façon dont les IND parviennent à déployer leurs compétences et s'intégrer à cette culture. Les résultats montrent que ces IND sont capables de déployer sept des huit compétences sur les unités de soins aigus, la compétence « Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé » étant déployée à un niveau inférieur au niveau attendu en fin de formation. Certains facteurs liés à l'établissement de santé ou aux intervenants influencent ce déploiement de compétences des IND, en le favorisant ou le limitant. Parmi les facteurs organisationnels, nous notons plus particulièrement le soutien apporté aux IND par un programme d'orientation ainsi que la charge de travail ressentie par l'IND. Parmi les facteurs individuels, la personnalité de l'IND ainsi que l'intimidation vécue sont deux des éléments particulièrement importants.

Le cadre de référence de cette étude a été un travail d'intégration des travaux de Benner sur le développement de l'expertise aux écrits de Tardif sur l'approche par compétences qui a

par la suite été influencé par les résultats de cette étude pour donner le modèle de développement et déploiement de compétences. Il permet de considérer la formation des infirmières et leur pratique comme un continuum leur permettant de développer une expertise grâce à la combinaison de savoirs théoriques, pratiques et expérientiels, tout en reconnaissant l'influence que peut avoir le contexte de soins. Finalement, ce modèle pourra être bonifié et raffiné au fil de futures études, dont la suite du présent projet qui aura comme objectif de développer et mettre à l'essai une intervention de soutien à la transition clinique d'IND, grâce à une étude pilote randomisée.

Les savoirs développés dans le cadre de cette étude permettent l'avancement de connaissances en sciences infirmières et en particulier dans le domaine de la formation infirmière. Ce projet de recherche doctorale a des retombées sur différents champs d'activité de l'exercice infirmier, soit la recherche, la formation initiale et continue, la pratique clinique, la gestion et le politique. Le modèle de développement et de déploiement de compétences développé pour cette étude pourrait faciliter un dialogue entre les maisons d'enseignement et les établissements de santé, les formateurs et les gestionnaires, les associations professionnelles locales et provinciales. Ce dialogue devient nécessaire afin de soutenir l'intégration des IND en début de pratique, favorisant le déploiement optimal de leurs compétences afin d'assurer des soins de qualité pour la population québécoise.

## **RÉFÉRENCES**

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Moreno-Casbas, M. T. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *344*, e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
- Ajani, K., et Moez, S. (2011). Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *15*(Supplement C), 3927-3931. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.04.396
- Albanese, M. A., et Mitchell, S. (1993). Problem-Based Learning: A review of the literature on its outcomes and implementation issues. *Academic Medicine*, *68*(1), 52-81.
- Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières oeuvrant en soins de longue durée: source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, *6*(1), 1-10.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN). (2008). The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. Repéré le 28 novembre 2013 à <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/BaccEssentials08.pdf>
- Angrosino, M. (2007). *Doing Ethnographic and Observational Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Appleton, J. V., et King, L. (1997). Constructivism: A naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, *20*(2), 13-22.
- Applin, H., Williams, B., Day, R., et Buro, K. (2011). A comparison of competencies between problem-based learning and non-problem-based graduate nurses. *Nurse Education Today*, *31*(2), 129-134. doi: 10.1016/j.nedt.2010.05.003
- Ausubel, D. P., Novak, J. D., et Hanesian, H. (1978). *Educational psychology: A cognitive view*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston.
- Axley, L. (2008). Competency: a concept analysis. *Nursing Forum*, *43*(4), 214-222. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00115.x
- Batch-Wilson, W. (2016). *Practice preparedness in new graduates: Exploring the education-practice gap* (Thèse de doctorat.). Accessible par ProQuest Dissertations et Theses. (10109942).
- Bélisle, M. (2011). *Perceptions de diplômés universitaires quant aux effets d'un programme professionnalisant et innovant sur leur professionnalisation en contexte de formation initiale* (Thèse de doctorat). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Benner, P. (1982). From novice to expert... the Dreyfus Model of Skill Acquisition. *American Journal of Nursing*, *82*(3), 402-407.

- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Benner, P. (1996). A response by P. Benner to K. Cash, "Benner and expertise in nursing: a critique". *International Journal of Nursing Studies*, 33(6), 669-674. doi: 10.1016/S0020-7489(96)00017-X
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., et Day, L. (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Benner, P., Tanner, C., et Chesla, C. (1992). From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 13-28.
- Benner, P., Tanner, C., et Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner, P., et Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in health and Illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bevelacqua, T. J. (2012). An Alternative Method of Transitioning Into Practice: A Nonemployee-Based Program. *Journal of Nursing Regulation*, 3(3), 7-12. doi: 10.1016/S2155-8256(15)30202-7
- Birks, M., Cant, R. P., Budden, L. M., Russell-Westhead, M., Üzar Özçetin, Y. S., et Tee, S. (2017). Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice*, 25(2017), 14-21. doi: 10.1016/j.nepr.2017.04.011
- Blanchet-Garneau, A., Lavoie, P., et Grondin, M. (2017). Dichotomy and dialogue in conceptualizations of competency in health professionals' education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), 18-26. doi: 10.5430/jnep.v7n6p18
- Blazun, H., Kokol, P., et Vosner, J. (2015). Survey on specific nursing competences: Students' perceptions. *Nurse Education in Practice*, 15(2015), 359-365. doi: 10.1016/j.nepr.2015.02.002
- Boulet, A., Savoie-Zajc, L., et Chevrier, J. (1996). *Les stratégies d'apprentissages à l'université*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche En Soins Infirmiers*, (120), 23-34.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., et Hartz, Z. (Dir.). (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal, Québec: Presses de l'Université de Montréal.

- Brown, R. A., et Crookes, P. A. (2016). What are the 'necessary' skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing*, 15(1), 1-8. doi: 10.1186/s12912-016-0144-8
- Broyles, L. M., Rodriguez, K. L., Price, P. A., Bayliss, N. K., et Sevick, M. A. (2011). Overcoming Barriers to the Recruitment of Nurses as Participants in Health Care Research. *Qualitative Health Research*, 21(12), 1705-1718. doi: 10.1177/1049732311417727
- Brykczynski, K. A. (2009). Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice. Dans M. R. Alligood (dir.), *Nursing Theorists and Their Work* (7<sup>e</sup> éd., p. 137-164). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Budden, L. M., Birks, M., Cant, R., Bagley, T., et Park, T. (2017). Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, 24(2), 125-133. doi: 10.1016/j.colegn.2015.11.004
- Bvumbwe, T. (2016). Enhancing nursing education via academic-clinical partnership: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.07.002
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M., et Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527-534. doi: 10.1016/0020-7489(95)00011-3
- Centre d'innovation en formation infirmière. (2008). *Les stages en sciences infirmières: Recension d'écrits*. Montréal, Québec: Auteur.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2015). *Profil des compétences cliniques : CEPI - Infirmière - Infirmière clinicienne*. Document inédit.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (s. d.). *Horaire d'intégration*. Document inédit.
- Chapados, C., Phaneuf, M., et Gareau, L. (2017). L'intimidation au travail. *Perspective infirmière*, 14(1), 47-50.
- Charette, M., Goudreau, J., et Alderson, M. (2014). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche En Soins Infirmiers*, (116), 27-39. doi: 10.3917/rsi.116.0028
- Chenu, F. (2013). Introduction à la didactique professionnelle. Apports et limites pour le développement des compétences. Dans F. Parent et J. Jouquan (dir.), *Penser la formation des professionnels de la santé. Une perspectives intégrative* (p. 205-220). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Chiang, H.-Y., Hsiao, Y.-C., et Lee, H.-F. (2017). Predictors of hospital nurses' safety practices:



work environment, workload, job satisfaction, and error reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 359-368. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000240

Cochran, C. (2017). Effectiveness and Best Practice Of Nurse Residency Programs: A Literature Review. *Medsurg Nursing*, 26(1), 53-63.

Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Avis : Vers une meilleure intégration de la relève infirmière* [Version électronique]. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-integration-releve-ca-20180419-20.pdf/a2d6ba12-fae4-2bcb-547c-f0c66cb05493>

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* [Version électronique]. Repéré à [http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2\\_FINAL\\_Web.pdf](http://ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf)

Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 2(20), 191-199. doi: 10.3917/pub.082.0191

Cooper, J., Courtney-Pratt, H., et Fitzgerald, M. (2015). Key influences identified by first year undergraduate nursing students as impacting on the quality of clinical placement: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(9), 1004-1008. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.009

Corporation d'hébergement Québec. (2011). *Guide d'aménagement des centres hospitaliers*. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/CH\\_Principes\\_generaux\\_Juin11.pdf](http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/CH_Principes_generaux_Juin11.pdf)

Courtney-Pratt, H., Pich, J., Levett-Jones, T., et Moxey, A. (2017). 'I was yelled at, intimidated and treated unfairly'. Nursing students' experiences of being bullied in clinical and academic settings. *Journal of Clinical Nursing*, Prépublication. doi: 10.1111/jocn.13983

Cowin, L. S., et Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 59-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.03.004

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., . . . Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.006

Cruz, E. V., et Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research.

*Nurse Researcher*, 20(4), 36-43.

- Darbyshire, P. (1994). Skilled expert practice: is it 'all in the mind'? A response to English's critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 19(4), 755-761.
- Deagle, G. M. (2006). *The influence of expectations on the transition experience of baccalaureate nurses to acute care settings* (Mémoire de maîtrise), Accessible par ProQuest Dissertations et Theses. (MR20564).
- Dellasega, C. (2011). *When Nurses Hurt Nurses: Overcoming the Cycle of Nurse Bullying* Minneapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Dellasega, C. (2013). *Toxic Nursing: Managing Bullying Bad Attitudes et Total Turmoil*. Minneapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Dewey, J. (1997). *Experience and education*. New York, NY: Simon et Schuster.
- Doody, O., Tuohy, D., et Deasy, C. (2012). Final-year student nurses' perceptions of role transition. *British Journal of Nursing*, 21(11), 684-688. doi: 10.12968/bjon.2012.21.11.684
- Doyle, K., Sainsbury, K., Cleary, S., Parkinson, L., Vindigni, D., McGrath, I., et Cruickshank, M. (2017). Happy to help/happy to be here: Identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 49(Supplement C), 27-32. doi: 10.1016/j.nedt.2016.11.001
- Dreyfus, H. L., et Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York, NY: Free Press.
- Dreyfus, H. L., et Dreyfus, S. E. (1987). From Socrates to expert systems: the limits of calculative rationality. . Dans P. Rabinow et W. M. Sullivan (dir.), *Interpretive Social Science: A Second Look*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Dreyfus, S. E., et Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Berkeley, CA: University of California.
- Duchscher, J. B. (2008). A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. doi: 10.3928/00220124-20081001-03
- Duchscher, J. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x

- Duchscher, J. B., et Cowin, L. S. (2006). The new graduates' professional inheritance. *Nursing Outlook*, 54(3), 152-158. doi: 10.1016/j.outlook.2005.04.004
- Duchscher, J. B., et Myrick, F. (2008). The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. *Nursing Forum*, 43(4), 191-206. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00113.x
- Durocher, H. (2018). *Théorie des situations d'intimidation au sein de la profession infirmière au Québec* (thèse de doctorat inédite en rédaction). Université de Montréal.
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., et Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254-1268. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 387-393. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18030387.x
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London, UK: Falmer Press.
- Eraut, M. (1998). Concepts of competence. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 127-139.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2010a). *Référentiel de compétences de la préceptrice*. Montréal, Québec: Auteur.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2010b). *Référentiel de compétences : Baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, Québec: Auteur.
- Fan, J.-Y., Wang, Y. H., Chao, L. F., Jane, S.-W., et Hsu, L.-L. (2015). Performance evaluation of nursing students following competency-based education. *Nurse Education Today*, 35(1), 97-103. doi: 10.1016/j.nedt.2014.07.002
- Fetterman, D. M. (1988). Qualitative Approaches to Evaluating Education. *Educational Researcher*, 17(8), 17-23. doi: 10.3102/0013189x017008017
- Fetterman, D. M. (2010). *Ethnography: Step-by-step*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Fetterman, D. M. (Dir.). (1984). *Ethnography in educational evaluation*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada* [Version électronique]. Repéré à [http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie\\_Flexner\\_Report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf)

- Flynn, J. B., et Giffin, P. A. (1984). Health promotion in acute care settings. *The Nursing Clinics of North America*, 19(2), 239-250.
- Forbes, M. O., et Hickey, M. T. (2009). Curriculum Reform on Baccalaureate Nursing Education: Review of the Literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), Article 27.
- Ford, K., Courtney-Pratt, H., Marlow, A., Cooper, J., Williams, D., et Mason, R. (2016). Quality clinical placements: The perspectives of undergraduate nursing students and their supervising nurses. *Nurse Education Today*, 37(Supplement C), 97-102. doi: 10.1016/j.nedt.2015.11.013
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes qualitatives et quantitatives*. (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Fox, R., Henderson, A., et Malko-Nyhan, K. (2005). 'They survive despite the organizational culture, not because of it': a longitudinal study of new staff perceptions of what constitutes support during the transition to an acute tertiary facility. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 193-199.
- Freeling, M., et Parker, S. (2015). Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses: A critical review. *Nurse Education Today*, 35(2), e42-e49. doi: 10.1016/j.nedt.2014.11.011
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Garside, J. R., et Nhemachena, J. Z. Z. (2013). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), 541-545. doi: 10.1016/j.nedt.2011.12.007
- Goetz, J. P., et LeCompte, M. D. (1984). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. Orlando, FL: Academic Press.
- Goldmark, J. (1923). *Nursing and nursing education in the United States* [Version électronique]. Repéré à <https://archive.org/details/nursingnursinged00comm>
- Gonczi, A. (1994). Competency Based Assessment in the Professions in Australia. *Assessment in Education: Principles, Policy et Practice*, 1(1), 27-44. doi: 10.1080/0969594940010103
- Gonczi, A. (1996). *Reconceptualising competency-based education and training: with particular reference to education for occupations in Australia* (Doctoral dissertation). University of Technology, Sydney.

- Gonczi, A., et Hager, P. (2010). The competency model. Dans P. Peterson, E. Baker et B. McGaw (dir.), *International Encyclopedia of Education* (Vol. 8, p. 403-410). Oxford, Royaume-Uni: Elsevier.
- Goudreau, J., Boyer, L., et Létourneau, D. (2014). Clinical Nursing Reasoning in Nursing Practice: A Cognitive Learning Model based on a Think Aloud Methodology. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 1(1), Article 4.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), Article 15. doi: 10.2202/1548-923x.1685
- Guba, E., et Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans N.K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guba, E. G., et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions and Emerging Confluences. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3<sup>e</sup> éd., p. 191-215). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guillemette, F., et Gauthier, C. (2008). *L'approche par compétences (APC) en formation des maîtres: Analyse documentaire et critique*. Document inédit.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., et O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS ONE*, 11(7), e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015
- Hargreaves, J., et Lane, D. (2001). Delya's story: from expert to novice, a critique of Benner's concept of context in the development of expert nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 389-394. doi: 10.1016/S0020-7489(00)00091-2
- Healy, M., et Howe, V. (2012). Study of Victorian Early Graduate Programs for Nurses and Midwives: Final research report [Online].
- Hesse-Biber, S. N., et Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Hickey, M. T., Forbes, M., et Greenfield, S. (2010). Integrating the Institute of Medicine Competencies in a Baccalaureate Curricular Revision: Process and Strategies. *Journal of Professional Nursing*, 26(4), 214-222. doi: 10.1016/j.profnurs.2010.03.001
- Higginbottom, G. M. A., Pillay, J. J., et Boadu, N. Y. (2013). Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *The Qualitative Report*, 18(Art. 17), 1-16.
- Hillman, L., et Foster, R. R. (2011). The impact of a nursing transitions programme on retention

- and cost savings. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 50-56. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01187.x
- Holland, K., Roxburgh, M., Johnson, M., Topping, K., Watson, R., Lauder, W., et Porter, M. (2010). Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland, United Kingdom. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), 461-469. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03056.x
- Hopson, R. K. (2005). Reinventing Evaluation. *Anthropology and Education Quarterly*, 36(3), 289-295.
- Hussein, M. T. E., et Osuji, J. (2017). Bridging the theory-practice dichotomy in nursing: The role of nurse educators. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(3), 20-25. doi: 10.5430/jnep.v7n3p20
- Hutchinson, M., Vickers, M. H., Wilkes, L., et Jackson, D. (2010). A typology of bullying behaviours: the experiences of Australian nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2319-2328. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03160.x
- Institute of Medicine. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). Le processus des connaissances à la pratique. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html#ktap>
- Ishler, R. E. (1974). *Competency-based teacher education: A potpourri of perspectives*. Washington, D.C. : Association of Teacher Educators.
- Kantar, U. D. (2012). Clinical Practice of New Nurse Graduates in Lebanon: Challenges and Perspectives Through the Eyes of Preceptors. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(11), 518-528. doi: 10.3928/00220124-20120801-62
- Ke, Y.-T., Kuo, C.-C., et Hung, C.-H. (2017). The effects of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2017, 1-10. doi: 10.1111/jan.13317
- Kelly, J., et Ahern, K. (2009). Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 910-918. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02308.x
- Kelsey, R. (2017). Nursing's bullying culture. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 23(5), 32-33.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., et Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490-501. doi: 10.1093/heapro/das034
- Kim, K. H., Lee, A. Y., Eudey, L., Lounsbury, K., et Wede, P. (2015). New RN residency

- program to improve clinical competency, confidence, and socialization skills of novice nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6), 50-61. doi: 10.5430/jnep.v5n6p50
- Klein, C. J., et Fowles, E. R. (2009). An Investigation of Nursing Competence and the Competency Outcomes Performance Assessment Curricular Approach: Senior Students' Self-Reported Perceptions. *Journal of Professional Nursing*, 25(2), 109-121. doi: 10.1016/j.profnurs.2008.08.006
- Koh, G. C., Khoo, H. E., Wong, M. L., et Koh, D. (2008). The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(1), 34-41. doi: 10.1503/cmaj.070565
- Kolb, J. A. (1999). The effect of gender role, attitude toward leadership, and self-confidence on leader emergence: Implications for leadership development. *Human Resource Development Quarterly*, 10(4), 305-320. doi: 10.1002/hrdq.3920100403
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. St Louis, MO: C.V. Mosby Company.
- Krueger, R. A., et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research*. (4<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kumar, S., et Preetha, G. S. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5-12. doi: 10.4103/0970-0218.94009
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Isoaho, H., Flinkman, M., et Meretoja, R. (2016). Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. *BMC Nursing*, 15(1), 1-8. doi: 10.1186/s12912-016-0143-9
- Lamont, S., Brunero, S., et Woods, K. P. (2015). Satisfaction with clinical placement – The perspective of nursing students from multiple universities. *Collegian*, 22(1), 125-133. doi: 10.1016/j.colegn.2013.12.005
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., et Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732-2742. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, Québec: Guérin.
- LeCompte, M. D., et Nastasi, B. K. (1999). Using ethnography to strengthen and evaluate intervention programs. Dans J. M. Schensul et M. D. LeCompte (dir.), *Using ethnographic data: Interventions, public programming and public policy*. Walnut Creek, CA: SAGE Publications.
- LeCompte, M. D., et Schensul, J., J. (1999). *Designing and conducting ethnographic research*. Walnut Creek, CA: SAGE Publications.

- Lenburg, C. B. (1999). The Framework, Concepts and Methods of the Competency Outcomes and Performance Assessment (COPA) Model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2), Repéré à <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No41992Sep41999/COPAModel.html>.
- Lenburg, C. B., Abdur-Rahman, V. Z., Spencer, T. S., Boyer, S. A., et Klein, C. J. (2011). Implementing the COPA Model in Nursing Education and Practice Settings: Promoting Competence, Quality Care, and Patient Safety. *Nursing Education Perspectives*, 32(5), 290-296. doi: 10.5480/1536-5026-32.5.290
- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., et Boyer, S. (2009). The COPA Model: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 312-317.
- Leong, Y. M., et Crossman, J. (2016). Tough love or bullying? New nurse transitional experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1356-1366. doi: 10.1111/jocn.13225
- Levy, R. (1994). Croyance et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1, 92-100.
- Lima, S., Newall, F., Jordan, H. L., Hamilton, B., et Kinney, S. (2016). Development of competence in the first year of graduate nursing practice: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 878-888. doi: 10.1111/jan.12874
- Lin, P., Kreider Viscardi, M., et McHugh, M. (2014). Factors Influencing Job Satisfaction of New Graduate Nurses Participating in Nurse Residency Programs: a Systematic Review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 10. doi: 10.3928/00220124-20140925-15
- Lincoln, Y. S., et Guba, E. (1985). *Naturalistic enquiry*. Beverley Hills, CA: SAGE Publications.
- Luck, L., Ng Chok, H., et Wilkes, L. (2017). Nurses as participants in research: an evaluation of recruitment techniques. *Nurse Researcher*, 25(2), 44-48. doi: 10.7748/nr.2017.e1546
- Marleau, D. (2016). *Portait de la relève 2015-2016*. Montréal, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C. M. L., Scholes, J., et Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 283-294. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02528.x
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187-194. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., et Kaplan, L. (2012). The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and



- Educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182664e0a
- Meretoja, R., Isoaho, H., et Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x
- Meretoja, R., et Koponen, L. (2012). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 414-422. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05754.x
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré le 2017-04-10 à <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/general/glossaire.php#s16>
- Morcke, A. M., Dornan, T., et Eika, B. (2013). Outcome (competency) based education: an exploration of its origins, theoretical basis, and empirical evidence. *Advances in Health Sciences Education*, 18, 851-863. doi: 10.1007/s10459-012-9405-9
- Numminen, O., Laine, T., Isoaho, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., et Meretoja, R. (2014). Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 812-821. doi: 10.1111/scs.12115
- Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., et Meretoja, R. (2015). Newly Graduated Nurses' Competence and Individual and Organizational Factors: A Multivariate Analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 1-12. doi: 10.1111/jnu.12153
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., et Zoran, A. G. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 1-21. doi: 10.1177/160940690900800301
- Oosterbroeck, T. A. (2009). *Preparing to Care: Creating a Culture of Caring in Problem Based Learning Tutorial Groups* (Master dissertation). University of Lethbridge, Alberta, Canada.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés: Une contribution essentielle à la réussite du projet clinique*. Montréal, Québec: Auteur. Repéré à <http://www.oiiq.org/uploads/publications/avis/Gouverne.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017a). Étape 3 - CEPI. Repéré à <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/parcours-etudiant/etape-3-cepi>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017b). En quoi consiste l'interdiction pour la CEPI d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance. Repéré à <http://www.oiiq.org/faq/en-quoi-consiste-linterdiction-pour-la-cepi-dinitier->

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). Cadre-conseil en soins infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/acceder-profession/decouvrir-la-profession/possibilites-de-carriere/cadre-conseil-en-soins-infirmiers>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). Conseillère ou conseiller en soins infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/acceder-profession/decouvrir-la-profession/possibilites-de-carriere/conseillere-ou-conseiller-en-soins-infirmiers>
- Ouellet, J., Durand, S., et Maillé, M. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec: Norme professionnelle*. Westmount, Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Papathanasiou, I. V., Fradelos, E. C., Kleisariis, C. F., Tsaras, K., Kalota, M. A., et Kourkouta, L. (2014). Motivation, Leadership, Empowerment and Confidence: Their Relation with Nurses' Burnout. *Materia Socio-Medica*, 26(6), 405-410. doi: 10.5455/msm.2014.26.405-410
- Pasila, K., Elo, S., et Kääriäinen, M. (2017). Newly graduated nurses' orientation experiences: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 71(2017), 17-27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.021
- Pastré, P. (1997). Didactique professionnelle et développement. *Psychologie française*, 42(1), 89-100.
- Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action: bilan et nouvelles perspectives. *Éducation permanente*, 139, 13-35.
- Pastré, P. (2001). Les compétences professionnelles et leur développement. *La revue de la Cfdt*, 39, 3-10.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle: Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Pastré, P., Mayen, P., et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154(Janvier-mars), 145-198.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Penprase, B., Oakley, B., Ternes, R., et Driscoll, D. (2015). Do higher dispositions for empathy predispose males toward careers in nursing? A descriptive correlational design. *Nursing Forum*, 50(1), 1-8. doi: 10.1111/nuf.12058
- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J., et Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31(3), 268-273. doi:

10.1016/j.nedt.2010.11.009

- Pepin, J., Ducharme, F., et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4<sup>e</sup>  d.). Montréal, Québec: Chenelière  ducation.
- Pepin, J., Legault, A., et Goudreau, J. (2008). Révolution pédagogique. *Perspectives infirmières*, 5(5), 33-35.
- Poumay, M., et Georges, F. (2017). Des balises méthodologiques pour construire un référentiel de compétences et une grille de programme. Dans M. Poumay, J. Tardif et F. Georges (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences : Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Rischel, V., Larsen, K., et Jackson, K. (2008). Embodied dispositions or experience? Identifying new patterns of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 512-521. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04543.x
- Riverin-Simard, D., Spain, A., et Michaud, C. (1997). Positions paradigmatiques et recherches sur le développement vocationnel adulte. *Cahiers de la recherche en  ducation*, 4(1), 59-91.
- Robinson, S. G. (2013). The Relevancy of Ethnography to Nursing Research. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 14-19. doi: 10.1177/0894318412466742
- Roch, G., Dubois, C.-A., et Clarke, S. P. (2014). Organizational Climate and Hospital Nurses' Caring Practices: A Mixed-Methods Study. *Research in Nursing and Health*, 37(3), 229-240. doi: 10.1002/nur.21596
- Rodgers, B. L., et Knafl, K. A. (2000). *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications*. (2e  d.). Philadelphia, PA: W.B. Sanders Company.
- Rogalski, J. (2004). La didactique professionnelle: une alternative aux approches de "cognition située" et "cognitiviste". *@ctivit s*, 1(2), 103-120.
- Roper, J. M., et Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345-356. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009
- Schoessler, M., et Waldo, M. (2006). The first 18 months in practice: a developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(2), 47-54.
- Schön, D. A. (1993). *Le praticien r flexif.   la recherche du savoir cach  dans l'agir*

*professionnel*. Montréal, Québec: Les Éditions Logiques.

- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352.
- Sim, J., et Sharp, K. (1998). A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 35(1-2), 23-31. doi: 10.1016/S0020-7489(98)00014-5
- Simons, S., et Sauer, P. (2013). An Exploration of the Workplace Bullying Experience. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(5), 228-232. doi: 10.1097/01.NND.0000433147.33631.c9
- Smith, P. M., Corso, L. N., et Cobb, N. (2010). The perennial struggle to find clinical placement opportunities: A Canadian national survey. *Nurse Education Today*, 30(8), 798-803. doi: 10.1016/j.nedt.2010.02.004
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., Scott, S. D., Cummings, G. G., Hayduk, L., Kang, S. H., et Stevens, B. (2013). The influence of organizational context on the use of research by nurses in Canadian pediatric hospitals. *BMC Health Services Research*, 13(1), 351. doi: 10.1186/1472-6963-13-351
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Tardif, J. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information: Quel cadre pédagogique?* Paris, France: ESF éditeur.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences - Documenter le parcours de formation*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Tardif, J. (2017). Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation. Dans M. Poumay, J. Tardif et F. Georges (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences : Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Thibeault, C. A. (2017). Baccalaureate Program Evaluation, Preceptors, And Closing The Theory-Practice Gap: Is There A Connection? *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3(1), Article 6. doi: 10.17483/2368-6669.1088
- Tiwari, A., Chan, S., Wong, E., Wong, D., Chui, C., Wong, A., et Patil, N. (2006). The effect of problem-based learning on students' approaches to learning in the context of clinical

- nursing education. *Nurse Education Today*, 26(5), 430-438. doi: 10.1016/j.nedt.2005.12.001
- Tiwari, A., Lai, P., So, M., et Yuen, K. (2006). A comparison of the effects of problem-based learning and lecturing on the development of students' critical thinking. *Medical Education*, 40(6), 547-554. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02481.x
- Trepanier, S., Early, S., Ulrich, B., et Cherry, B. (2012). New Graduate Nurse Residency Program: A Cost-Benefit Analysis Based On Turnover and Contract Labor Usage. *Nursing Economic\$, 30(4)*, 207-214.
- Uys, L. R., Gwele, N. S., McInerney, P., van Rhyn, L., et Tanga, T. (2004). The competence of nursing graduates from problem-based programs in South Africa. *Journal of Nursing Education*, 43(8), 352-361.
- Valdez, A. M. (2008). Transitioning from Novice to Competent: What Can We Learn From the Literature About Graduate Nurses in the Emergency Setting? *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 435-440. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.008
- Valloze, J. (2009). Competence: a concept analysis. *Teaching et Learning in Nursing*, 4(4), 115-118.
- Vernon, D. T., et Blake, R. L. (1993). Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Academic Medicine*, 68(7), 550-563.
- Vogelpohl, D. A. (2011). *New graduate nurses perception of the workplace: Have they experienced hostility?* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations et Theses. (3458036).
- Voldbjerg, S. L., Grønkjær, M., Sørensen, E. E., et Hall, E. O. C. (2016). Newly graduated nurses' use of knowledge sources: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1751-1765. doi: 10.1111/jan.12914
- Voldbjerg, S. L., Grønkjær, M., Wiechula, R., et Sørensen, E. E. (2017). Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1313-1327. doi: 10.1111/jocn.13628
- Walker, J. L. (2012). The Use of Saturation in Qualitative Research. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 37-41.
- Wangenstein, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E., et Nordström, G. (2012). Newly Graduated Nurses' Perception of Competence and Possible Predictors: A Cross-sectional Survey. *Journal of Professional Nursing*, 28(3), 170-181. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.11.014
- Weaver, K. B. (2013). The Effects of Horizontal Violence and Bullying on New Nurse Retention. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(3), 138-142. doi:

10.1097/NND.0b013e318291c453

- Weir, G. M. (1932). *Survey of Nursing Education in Canada*. Vancouver, Canada: University of British Columbia.
- Welding, N. M. (2011). Creating a Nursing Residency: Decrease Turnover and Increase Clinical Competence. *Medsurg Nursing*, 20(1), 37-40.
- Whitehead, B., Owen, P., Holmes, D., Beddingham, E., Simmons, M., Henshaw, L., . . . Walker, C. (2013). Supporting newly qualified nurses in the UK: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 33(4), 370-377. doi: 10.1016/j.nedt.2013.01.009
- Williams, B. (2000). Developing critical reflexion for professional practice through problem-based learning. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 27-34.
- Williams, B., Spiers, J., Fisk, A., Richards, L., Gibson, B., Kabotoff, W., . . . Sculley, A. (2012). The influence of an undergraduate problem/context based learning program on evolving professional nursing graduate practice. *Nurse Education Today*, 32(4), 417-421. doi: 10.1016/j.nedt.2011.03.002
- Williams, G., Dean, P., et Williams, E. (2009). Do nurses really care? Confirming the stereotype with a case control study. *British Journal of Nursing*, 18(3), 162-165.
- Williams, S. M., et Beattie, H. J. (2008). Problem based learning in the clinical setting--a systematic review. *Nurse Education Today*, 28(2), 146-154. doi: 10.1016/j.nedt.2007.03.007
- Wolff, A. C., Regan, S., Pesut, B., et Black, J. (2010). Ready for what? An exploration of the meaning of new graduate nurses' readiness for practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 14p. doi: 10.2202/1548-923X.1827
- Worrell, J. A., et Profetto-McGrath, J. (2007). Critical thinking as an outcome of context-based learning among post RN students: A literature review. *Nurse Education Today*, 27(5), 420-426. doi: 10.1016/j.nedt.2006.07.004
- Yokoyama, M., Suzuki, M., Takai, Y., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., et Yamamoto-Mitani, N. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2478-2488. doi: 10.1111/jocn.13270
- Youn Ju, L., Bernstein, K., Mihyoung, L., et Nokes, K. M. (2014). Bullying in the Nursing Workplace: Applying Evidence Using A Conceptual Framework. *Nursing Economic\$,* 32(5), 255-267.
- Yuan, H., Williams, B. A., et Fan, L. (2008). A systematic review of selected evidence on developing nursing students' critical thinking through problem-based learning. *Nurse Education Today*, 28(6), 657-663. doi: 10.1016/j.nedt.2007.12.006

Yuan, H. B., Williams, B. A., Yin, L., Liu, M., Fang, J. B., et Pang, D. (2011). Nursing students' views on the effectiveness of problem-based learning. *Nurse Education Today*, 31(6), 577-581. doi: 10.1016/j.nedt.2010.10.009

## **APPENDICES**



## Appendice A : Comparaison de référentiels de compétences de programmes en sciences infirmières

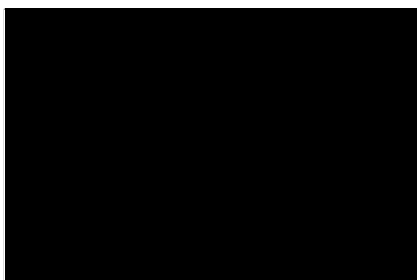
	<b>QSEN (Cronenwett et al., 2007)</b>	<b>COPA (Lenburg et al., 2009)</b>	<b>Adelphi University (Forbes et Hickey, 2009)</b>	<b>FSI-UdeM (FSI-UdeM, 2010b)</b>
<b>Compétences</b>	• Une pratique centrée sur le patient	• <i>Human caring/</i> interrelation • Enseignement	• Pratique centrée sur le patient • Respect de la diversité culturelle et de l'unicité de la personne	• Population en santé • Agir avec humanisme
	• Travail en équipe interprofessionnelle	• Communication • Gestion	• Collaborer dans des équipes interdisciplinaires	• Agir avec professionnalisme • Collaborer dans des équipes professionnelles
	• Pratique basée sur les résultats probants	• Intégration des connaissances	• Pratique basée sur les résultats probants	• Rigueur scientifique
	-	• Évaluation et intervention • Pensée critique	• Pensée critique	• Jugement clinique infirmier
	• Application de mesures d'amélioration de la qualité	-	-	• Continuité des soins
	• Application de mesures de sécurité pour les patients	-	-	-
	• Exploitation des technologies de l'information	-	• Exploitation des technologies de l'information et des communications	-
	-	• Leadership	-	• Leadership clinique

## Appendice B : Modèle de novice à expert du développement de l'expertise, selon Benner

(1982, 1984)

<b>Stade</b>	<b>Description</b>
<b>Novice</b>	N'ayant pour l'instant aucune expérience clinique, le novice se base principalement sur des notions théoriques et des règles strictes afin d'arriver à des conclusions et guider ses comportements.
<b>Débutant</b>	Au terme de sa formation, l'apprenant arrive au stade de débutant. Il peut avoir une certaine difficulté à établir des priorités dans ses interventions ou d'identifier les éléments les plus pertinents dans les situations cliniques. Puisque le monde hospitalier est généralement basé sur cette organisation et priorisation du travail de l'infirmier, le débutant éprouve des difficultés à s'adapter et se sent bien souvent dépassé, incompetent.
<b>Compétent</b>	L'infirmier au stade compétent arrive à mieux planifier ses soins en se basant sur ses expériences antérieures et il arrive même à planifier à moyen et long terme ses actions et interventions. Il est capable de distinguer certains éléments les plus importants d'une situation et peut faire face à de nombreuses situations complexes.
<b>Performant</b>	À ce niveau, les situations sont perçues par l'infirmier de façon holistique; il arrive relativement facilement à distinguer les éléments saillants de chaque situation. Il est capable de capter de subtils changements dans la situation de ses patients, ce qui lui permet de faire de meilleurs choix et d'intervenir de façon plus appropriée. Cette discrimination entre les éléments se fait parfois de façon tacite et inconsciente, que certains appellent l'intuition.
<b>Expert</b>	L'infirmier expert a une vision très globale de la situation et est capable de rapidement cibler les éléments les plus importants. Grâce à son bagage d'expériences cliniques, il saisit de façon intuitive ce qui doit être fait dans chaque situation, sans être toujours capable d'expliquer pourquoi il a pris cette décision; c'est ce que Benner appelle la sagesse pratique, soit une incorporation des savoirs, savoir-faire et savoir-agir d'une telle sorte que tout devient instinctif. L'infirmier arrive également à innover sa pratique lors de situations complexes et a une vision à plus long terme.

## Appendice C : Approbation éthique du protocole original



Le 01 juin 2015



Monsieur Martin Charette  
Candidat au doctorat  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
courriel : m.charette@umontreal.ca

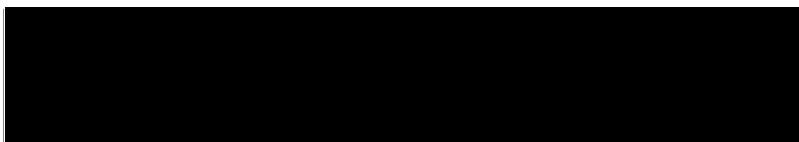
Objet :	15.056 – Approbation FINALE CÉR restreint
	Compétences d’infirmières nouvellement diplômées d’un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l’approche par compétences : une ethnographie ciblée

Madame, Monsieur,

Nous accusons réception, en date du 30 mai 2015, des précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l’approbation finale du projet mentionné en rubrique :

- formulaire d’information et de consentement français modifié, version du 27 mai 2015
- questionnaire sociodémographique corrigé, version 1.2, daté du 28 mai 2015
- affiche de recrutement corrigée, version 1.4, datée du 28 mai 2015
- lettre de recrutement des IND, version 1.3, datée du 28 mai 2015
- lettre de recrutement des préceptrices, version 1.3, datée du 28 mai 2015
- résumé du projet, daté du 28 mai 2015
- formulaire 20 complété

Le tout étant jugé satisfaisant, il nous fait plaisir de vous informer que la présente constitue l’approbation finale de votre projet de recherche, **valide pour un an à compter du 1er juin 2015.**

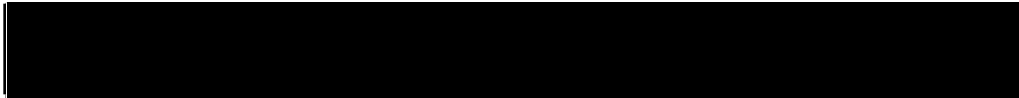


Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

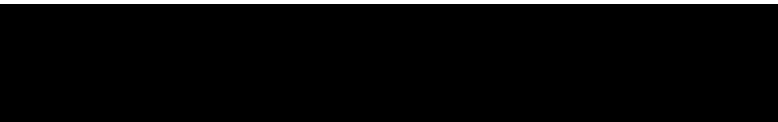
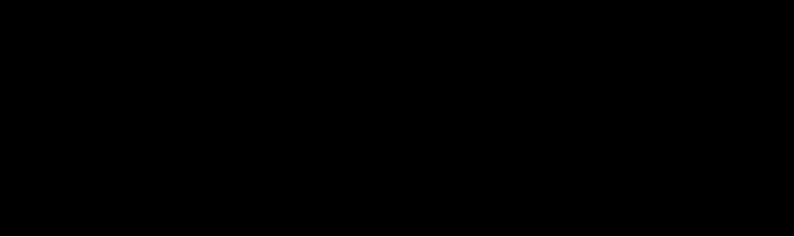
Vous retrouverez dans Nagano une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participants.

Lorsque cela s'applique à votre situation, veuillez noter que le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.



Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



## Appendice D : Lettre de recrutement pour les IND

Montréal, le Cliquez ici pour entrer une date.

Objet : Participation au projet de recherche CURSUS (#CÉR : 2015-5871) : *Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée*

---

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du projet de recherche CURSUS, nous sommes à la recherche d'infirmières nouvellement diplômées (IND) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal dans les deux dernières années. Ce projet est un projet de doctorat en sciences infirmières qui a pour but de décrire les compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une approche par compétences, telles que perçues par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et de décrire l'influence de cette culture sur les compétences des IND. Ce projet permettra également d'obtenir des informations sur le programme de formation initiale en sciences infirmières que vous avez suivi et d'en faire une évaluation des retombées.

Ce projet a été accepté par un comité d'approbation scientifique de l'Université de Montréal, ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de {Nom de l'établissement de santé}. Si vous acceptez, votre participation consisterait principalement à réaliser une entrevue individuelle avec l'étudiant-chercheur, hors de votre période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). L'étudiant-chercheur ferait également de l'observation sur votre département.

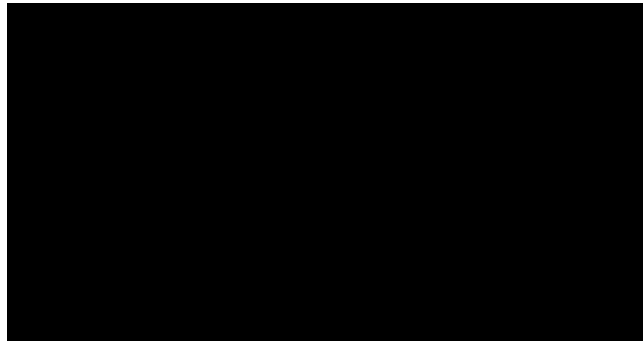
Votre participation à ce projet est volontaire et confidentielle. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez de participer, vous pourrez rencontrer l'étudiant-chercheur qui vous expliquera l'étude en détail et nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Afin de vous remercier de votre participation, vous recevrez une carte-cadeau de 20\$ chez Brûlerie St-Denis, maison de torréfaction.

Si vous voulez davantage d'informations ou pour signifier votre intérêt dans cette étude, vous pouvez contacter l'étudiant-chercheur ou la chercheure responsable au {Nom de l'établissement de santé}, aux coordonnées ci-dessous.

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à cette lettre, veuillez recevoir nos salutations les plus sincères.

---

Martin Charette, inf. B.Sc., Ph.D. (c)  
Étudiant-chercheur  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Téléphone : 514-343-6111 poste 32649  
Courriel : [m.charette@umontreal.ca](mailto:m.charette@umontreal.ca)



## Appendice E : Lettre de recrutement pour les infirmiers précepteurs

Montréal, le Cliquez ici pour entrer une date.

Objet : Participation au projet de recherche CURSUS (CÉR : #2015-5871) : *Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée*

---

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du projet de recherche CURSUS, nous sommes à la recherche d'infirmières préceptrices ayant encadré une infirmière nouvellement diplômée de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal dans les deux dernières années.

Ce projet est un projet de doctorat en sciences infirmières qui a pour but de décrire les compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une approche par compétences, telles que perçues par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et de décrire l'influence de cette culture sur les compétences des IND. Ce projet permettra également d'obtenir des informations sur le programme de formation initiale en sciences infirmières que l'IND a suivi et d'en faire une évaluation des retombées.

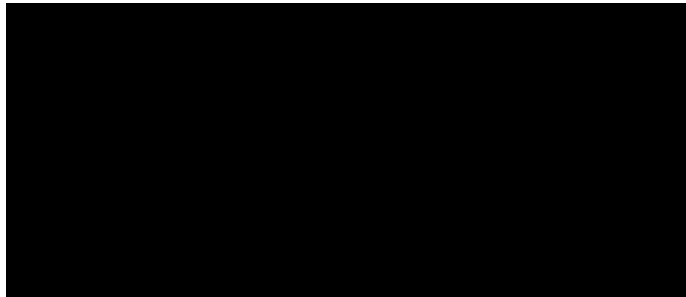
Ce projet a été accepté par un comité d'approbation scientifique de l'Université de Montréal, ainsi que par le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé}. Si vous acceptez, votre participation consisterait principalement à un groupe de discussion avec d'autres infirmières préceptrices et avec l'étudiant-chercheur, hors de votre période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). L'étudiant-chercheur ferait également de l'observation sur votre département.

Votre participation à ce projet est volontaire et confidentielle. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez de participer, vous pourrez rencontrer l'étudiant-chercheur qui vous expliquera l'étude en détail et nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Afin de vous remercier de votre participation, vous recevrez une carte-cadeau de 20\$ chez Brûlerie St-Denis, maison de torréfaction.

Si vous voulez davantage d'informations ou pour signifier votre intérêt dans cette étude, vous pouvez contacter l'étudiant-chercheur ou la chercheure responsable au {Nom de l'établissement de santé}, aux coordonnées ci-dessous. En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à cette lettre, veuillez recevoir nos salutations les plus sincères.

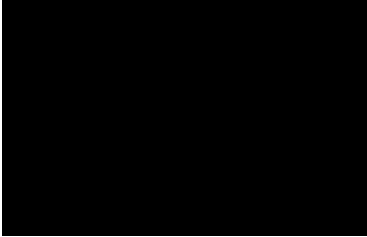
---

Martin Charette, inf. B.Sc., PhD (c)  
Étudiant-chercheur  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal  
Téléphone : 514-343-6111 poste 32649  
Courriel : m.charette@umontreal.ca





## Appendice F : Affiches de recrutement



### Recrutement de participants à la recherche

#### Prière d'afficher

Vous êtes infirmière nouvellement diplômée (IND) de l'Université de Montréal, infirmière préceptrice d'IND, conseillère de la DSI, professionnel de la santé et vous voulez vous exprimer sur les compétences d'IND et sur l'influence du milieu concernant ces compétences?

Venez échanger avec un étudiant-chercheur sur le sujet.

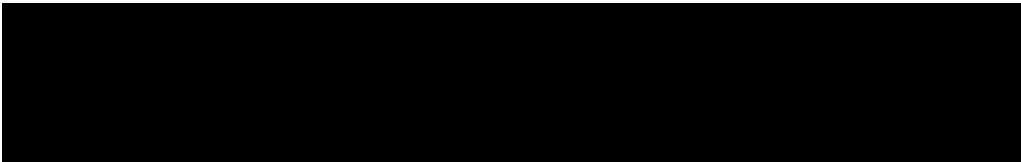
Selon le groupe auquel vous appartenez, nous vous proposons une rencontre confidentielle et individuelle de 60 minutes ou une rencontre de groupe de 60 à 90 min.

Il s'agit d'une recherche doctorale appelée projet CURSUS dont le titre est « Compétences des infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières, basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée ».

Nous cherchons : 15 IND, 15 infirmières préceptrices, 5 conseillères en soins infirmiers et 5 autres professionnels de la santé travaillant à {Nom de l'établissement de santé}, intéressés à partager de façon confidentielle leur avis sur ces questions.

**Si vous êtes intéressé à participer à ce projet, veuillez contacter une des personnes ci-dessous :**

- Martin Charette, étudiant-chercheur
  - 514-343-6111 poste 32649; m.charette@umontreal.ca





**Annnonce de recrutement de participants à la recherche**

*(À publier sur l'intranet de l'établissement)*

Vous êtes infirmière nouvellement diplômée (IND) de l'Université de Montréal, infirmière préceptrice d'IND, conseillère de la DSI, professionnel de la santé et vous voulez vous exprimer sur les compétences d'IND et sur l'influence du milieu concernant ces compétences?

Venez échanger avec un étudiant-chercheur sur le sujet.

Selon le groupe auquel vous appartenez, nous vous proposons une rencontre confidentielle et individuelle de 60 minutes ou une rencontre de groupe de 60 à 90 min.

Il s'agit d'une recherche doctorale appelée projet CURSUS dont le titre est « Compétences des infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières, basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée ».

Nous cherchons : 15 IND, 15 infirmières préceptrices, 5 conseillères en soins infirmiers et 5 professionnels de la santé travaillant à {Nom de l'établissement de santé}, intéressés à partager de façon confidentielle leur avis sur ces questions

**Si vous êtes intéressé à participer à ce projet, veuillez contacter une des personnes ci-dessous :**

- Martin Charette, étudiant-chercheur
  - 514-343-6111 poste 32649; m.charette@umontreal.ca

## Appendice G : Extrait du référentiel de compétences et niveau attendu en fin de troisième année (FSI-UdeM, 2010b)



Faculté des sciences infirmières

**Référentiel de compétences – Baccalauréat en sciences infirmières**

**FINALITÉ DU PROGRAMME**

Le programme de baccalauréat vise à former une infirmière clinicienne généraliste, capable de soigner tout en créant des conditions favorables à la santé des personnes, des familles et des communautés. Pour ce faire, elle est en mesure d'exercer un jugement clinique qui s'appuie sur une diversité de savoirs et sur l'école du caring et tient compte de l'évolution de la discipline infirmière. Le programme vise aussi à préparer l'étudiante aux études supérieures.

**Au terme de la 3<sup>ème</sup> année, l'étudiante :**

- Exerce un jugement clinique dans l'intervention auprès de personnes vivant diverses expériences de santé, de concert avec la famille et l'équipe interdisciplinaire.
- Assure de façon autonome la prestation de soins de qualité, incluant le suivi intra et extra établissement.
- Fait la promotion de la profession et exerce un leadership dans le renouvellement des pratiques et le développement de communautés en santé.
- Possède une vision personnelle de la discipline. Elle assure son développement professionnel.

**Famille de situations :**

L'intervention infirmière auprès des personnes de tous âges vivant des expériences de santé et de leur famille, en contexte hospitalier.

L'intervention infirmière auprès de personnes de tous âges et des communautés dans un contexte de santé communautaire et santé publique.

Pour plus d'informations sur le référentiel de compétences :  
[www.scinf.umontreal.ca](http://www.scinf.umontreal.ca)

Université   
de Montréal

EXERCER UN JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER	AGIR AVEC HUMANISME EN ACCOMPAGNANT LES PERSONNES/FAMILLES/COMMUNAUTÉS DANS LEURS EXPÉRIENCES DE SANTÉ	ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS DES PERSONNES VIVANT DES EXPÉRIENCES DE SANTÉ	AGIR AVEC LES PERSONNES/FAMILLES/COMMUNAUTÉS EN VUE DE FAVORISER UNE POPULATION EN SANTÉ
<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante procède à une évaluation ciblée de la santé physique et mentale de la personne. Elle établit le plan de soins et détermine et ajuste le PTI en tenant compte des données recueillies. Elle décèle précocement les complications possibles. Tout en étant attentive à la personne, elle applique rigoureusement les procédures de soins et assure le respect des mesures de prévention et contrôle des infections et des principes d'asepsie. Elle administre les médicaments de façon sécuritaire et apporte les ajustements au niveau de la surveillance, de la thérapie médicamenteuse et des médicaments si nécessaire.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>À la fin de sa formation au baccalauréat en sciences infirmières, l'étudiante adopte une pratique réflexive dans sa façon d'entrer en relation avec les personnes/familles/communautés tout en privilégiant des valeurs humanistes. Elle ajuste son enseignement en fonction des préoccupations des personnes/familles/communautés et fait preuve de créativité dans sa pratique pour respecter leur unicité.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante établit une relation de collaboration avec la personne et sa famille et avec les intervenants en utilisant les ressources appropriées à la situation de soins. Cette perspective de collaboration lui permet de réaliser de façon optimale des activités de suivi intra, inter et extra établissements de même qu'inter sectorielles et de faire les ajustements nécessaires.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante a intégré l'approche populationnelle et l'applique tant au niveau de la promotion de la santé que de la prévention de la maladie par les stratégies qui y sont associées. Elle prend soin de sa santé personnelle.</p>
TRAITER TOUTE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ET DISCIPLINAIRE AVEC RIGUEUR SCIENTIFIQUE	AGIR AVEC PROFESSIONNALISME	COLLABORER DANS DES ÉQUIPES PROFESSIONNELLES	DÉMONTRER DU LEADERSHIP CLINIQUE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE INFIRMIÈRE
<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante analyse de façon scientifique toute situation infirmière en se référant aux ressources pertinentes au sujet. Elle justifie ses interventions à partir de résultats probants ou autres données pertinentes, identifie des ambiguïtés et contradictions avec vigilance et manifeste un souci constant de mise à jour de ses connaissances scientifiques. Elle communique clairement dans un contexte d'intervention individuelle ou de groupe et avec les équipes professionnelles.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante fait la promotion de la profession infirmière. Elle contribue à la résolution de dilemmes éthiques en partenariat avec les personnes et les familles par le développement d'une réflexion éthique au sein de l'équipe. Elle utilise une approche réflexive afin de développer ses connaissances et améliorer la qualité de sa pratique professionnelle.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante participe activement au fonctionnement de l'équipe professionnelle qu'elle soit intraprofessionnelle, interprofessionnelle ou intersectorielle. Cette équipe comprend également la personne et sa famille. L'étudiante tient compte des différents points de vue exprimés et partage le sien aux membres de l'équipe. Elle contribue à la transformation des pratiques collaboratives, entre autres, par sa participation à la résolution de conflits et à la recherche de consensus.</p>	<p>À la fin de sa troisième année :</p> <p>L'étudiante questionne et critique la pratique professionnelle pour optimiser la sécurité et la qualité des soins et services. Elle génère des changements fondés sur des savoirs expérimentiels et scientifiques, tout en mobilisant les personnes/familles/communautés et les ressources pour l'atteinte d'un but commun. Elle coordonne avec soutien les activités de son équipe.</p>

## Appendice H : Questionnaire sociodémographique

### 1. Quel est votre sexe?

- Homme
- Femme

### 2. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- 20-25 ans
- 26-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51 ans et plus

### 3. Quelle est votre profession?

- Infirmière
- Autre : \_\_\_\_\_

### 4. Quelle est votre formation initiale en soins infirmiers?

- DEC en soins infirmiers
- Baccalauréat en sciences infirmières – Formation initiale
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

### 5. En quelle année avez-vous obtenu ce diplôme?

\_\_\_\_\_

### 6. Quelle a été la durée de votre formation initiale en soins infirmiers?

- 2 ans (par exemple, DEC accéléré en soins infirmiers)
- 3 ans (par exemple, DEC en soins infirmiers ou baccalauréat formation initiale)
- 4 ans (par exemple, étalement des cours du DEC ou du baccalauréat sur 4 ans)

### 7. Quelle est le plus haut niveau de scolarité en soins infirmiers que vous avez complété?

- DEC
- Baccalauréat (formation initiale, intégrée DEC-Bac ou par cumul de certificats)
- Certificat de 1<sup>er</sup> cycle universitaire
- Maîtrise, DESS ou microprogramme de 2<sup>e</sup> cycle universitaire
- Doctorat

**8. En quelle année avez-vous obtenu ce diplôme?**

\_\_\_\_\_

**9. Avez-vous un diplôme dans un autre domaine? Si oui, précisez le diplôme, le domaine et l'année d'obtention.**

\_\_\_\_\_

**10. Depuis combien d'années ou de mois travaillez-vous dans votre centre hospitalier?**

\_\_\_\_\_ (précisez mois ou années)

**11. Combien d'expériences de préceptorat avez-vous effectuées dans les 12 derniers mois (que ce soit avec des étudiants, des nouvelles infirmières ou des infirmières provenant d'un autre milieu)?**

\_\_\_\_\_

**Merci d'avoir répondu!**

## **Appendice I : Guide d'observation du milieu clinique**

### **Environnement physique du milieu**

- Description du milieu et acteurs présents
- Mémos

### **Activités générales se déroulant dans le milieu**

- Description des activités et acteurs présents
- Mémos

### **Comportements (actions et discussions) des IND auprès de patients et de leur famille**

- Description des comportements et compétences associées
- Présence et interaction avec d'autres acteurs ou personnes de l'environnement
- Mémos

### **Échanges entre IND et d'autres professionnels de la santé**

- Description des comportements et compétences associées
- Présence et interaction avec d'autres acteurs ou personnes de l'environnement
- Mémos

### **Émotions/réflexions exprimées par les IND**

- Description des émotions et réflexions
- Présence et interaction avec d'autres acteurs ou personnes de l'environnement
- Mémos

### **Éléments de documentation clinique présents dans le milieu (protocoles, techniques de soin, mémos interservices, communications importantes, etc.)**

- Description de la documentation clinique et endroit retrouvée
- Mémos

## **Appendice J : Guide d'entrevue individuelle semi-structurée pour les IND**

### **Préambule**

Un rappel du but de l'étude sera fait, des modalités de l'entrevue, ainsi que la nature confidentielle des échanges et informations qui découleront de la discussion.

- But : Décrire les compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une FSI québécoise, telles que perçues par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et l'influence de cette culture sur les compétences des IND.
- Modalités de l'entrevue : Entrevue individuelle pour discuter de l'expérience. Aucune bonne ou mauvaise réponse. Enregistrement sur bande audio à des fins de retranscription et d'analyse des échanges.
- Confidentialité : Toutes les informations demeurent confidentielles. Lors de la retranscription, aucune identification de nom (uniquement un code) ne sera associée aux données. Une liste de correspondance sera gardée par l'étudiant-chercheur dans un fichier protégé par un mot de passe.

### **Question d'ouverture**

Pour commencer, j'aimerais que vous me disiez certaines informations sur vous :

- Quand avez-vous diplômé?
- Quand avez-vous commencé à travailler comme CEPI? Sur quel département avez-vous été orienté au début? Sur quel quart de travail? Comment s'est déroulée cette période?

### **Question d'introduction**

- Présentement, êtes-vous toujours sur le même département? Même quart de travail?
- Comment décririez-vous votre expérience depuis votre orientation, en général?

### **Corps de discussion**

Parlons maintenant plus spécifiquement de votre expérience clinique récente, en lien avec vos compétences. Vous vous souvenez que lorsque vous étiez étudiant à l'Université, vous étiez évaluée sur le développement de huit compétences; c'est de ces compétences qu'on pourrait discuter, mais vous pourriez me parler de tout ce que vous voulez. Voici le référentiel de compétences, pour vous rafraichir la mémoire.

- Comment le programme de formation vous a-t-il aidé à développer vos compétences? Est-ce que les mêmes compétences sont valorisées dans votre milieu?
- Quelles compétences démontrez-vous dans votre pratique clinique actuelle? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- À quelles compétences faites-vous le plus souvent appel? Pourquoi? Pouvez-vous me donner des exemples précis?



- Quelles compétences avez-vous l'impression de moins utiliser? Pourquoi? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Comment le milieu dans lequel vous travaillez affecte-t-il les compétences que vous déployez/utilisez? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui vous aident à déployer et utiliser vos compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui vous nuisent pour déployer et utiliser vos compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Remarquez-vous qu'il vous manque des compétences?

### **Questions de fermeture**

- Comment jugez-vous votre expérience comme infirmière, globalement? Êtes-vous satisfaite?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le programme de formation que vous avez suivi?

## **Appendice K : Guide d'entrevue individuelle semi-structurée pour les infirmiers**

### **précepteurs et les autres professionnels**

#### **Préambule**

Un rappel du but de l'étude sera fait, des modalités de l'entrevue, ainsi que la nature confidentielle des échanges et informations qui découleront de la discussion.

- But : Décrire les compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une FSI québécoise, telles que perçues par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et l'influence de cette culture sur les compétences des IND.
- Modalités de l'entrevue : Entrevue individuelle pour discuter de l'expérience. Aucune bonne ou mauvaise réponse. Enregistrement sur bande audio à des fins de retranscription et d'analyse des échanges.
- Confidentialité : Toutes les informations demeurent confidentielles. Lors de la retranscription, aucune identification de nom (uniquement un code) ne sera associée aux données. Une liste de correspondance sera gardée par l'étudiant-chercheur dans un fichier protégé par un mot de passe.

#### **Question d'ouverture**

Pour commencer, j'aimerais que vous me disiez certaines informations sur vous :

- Quelle profession exercez-vous? Depuis combien d'années?
- Quand avez-vous commencé à travailler sur le département où vous êtes présentement?

#### **Question d'introduction**

- Comment décririez-vous votre expérience en général avec les infirmières diplômées de l'Université de Montréal?

#### **Corps de discussion**

Parlons maintenant plus spécifiquement de compétences en lien avec le programme de formation que ces infirmières diplômées de l'Université de Montréal ont suivi. Vous avez entre les mains le référentiel de compétences, vous pouvez donc vous y référer. Nous ne sommes pas obligés de nous limiter à ce qui est écrit dans le référentiel, mais vous pouvez me parler d'autres éléments également.

- Quelles compétences sont démontrées par ces infirmières? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Quelles compétences avez-vous plus souvent observées? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Quelles compétences avez-vous moins observées? Pouvez-vous me donner des

exemples précis?

- Comment pensez-vous que le milieu dans lequel vous évoluez permet ou nuit au déploiement des compétences de ces infirmières? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui, selon vous, les aident à déployer et utiliser leurs compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui, selon vous, leur nuisent pour déployer et utiliser leurs compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Est-ce que les compétences présentées dans le référentiel sont les mêmes qui sont valorisées dans votre milieu? Pouvez-vous élaborer?

### **Questions de fermeture**

- Y a-t-il des éléments manquants à la formation de ces infirmières selon vous?
- Quelle(s) compétence(s) ces infirmières devraient développer davantage?
- Avez-vous d'autres points à ajouter?

## **Appendice L : Guide d'entretien de groupe de discussion pour les CSI**

### **Préambule**

Un rappel du but de l'étude sera fait, des modalités du groupe de discussion, ainsi que la nature confidentielle des échanges et informations qui découleront de cette discussion.

- **But :** Décrire les compétences d'IND d'un programme de baccalauréat basé sur une APC d'une FSI québécoise, telles que perçues par différents acteurs dans une culture de milieu hospitalier de soins aigus et l'influence de cette culture sur les compétences des IND.
- **Modalités de la discussion :** En groupe pour discuter de l'expérience de chacun. Aucune bonne ou mauvaise réponse. Enregistrement sur bande audio à des fins de retranscription et d'analyse des échanges. Respect lors des échanges, autant entre les participants que sur la nature des propos tenus.
- **Confidentialité :** Toutes les discussions doivent demeurer confidentielles. Toutes les informations recueillies par le chercheur demeurent confidentielles. Lors de la retranscription, aucune identification de nom (uniquement un code) ne sera associée aux données. Une liste de correspondance sera gardée par l'étudiant-chercheur dans un fichier protégé par un mot de passe.

### **Question d'ouverture**

Pour commencer, faisons un premier tour de table. Tour à tour, nous pourrions nous nommer et répondre aux questions suivantes :

- Depuis combien d'années êtes-vous infirmière?
- Quels sont vos responsabilités exactes à la DSI? Depuis combien de temps?

### **Question d'introduction**

- Comment décririez-vous votre expérience avec les IND (provenant de l'Université de Montréal) que vous avez accueillies dans les 2 dernières années? Vous pouvez parler de l'expérience en général.

### **Corps de discussion**

Parlons maintenant plus spécifiquement de compétences en lien avec le programme de formation que ces IND avaient suivi. Vous avez entre les mains le référentiel de compétences, vous pouvez donc vous y référer.

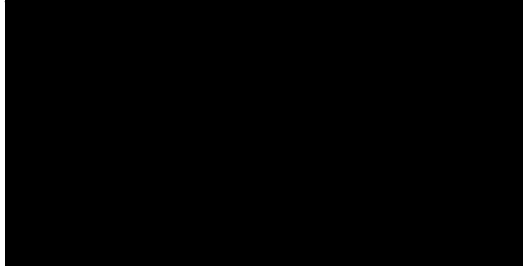
- Quelles compétences étaient démontrées par les IND? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Corps de discussion (suite)
- Quelles compétences avez-vous plus souvent observées? Pouvez-vous me donner des exemples précis?

- Quelles compétences avez-vous moins observé? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Comment le milieu dans lequel vous évoluez permet ou nuit au déploiement des compétences des IND? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui, selon vous, aide les IND à déployer et utiliser leurs compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Y a-t-il des éléments dans le milieu qui, selon vous, nuit aux IND pour déployer et utiliser leurs compétences? Pouvez-vous me donner des exemples précis?
- Est-ce que les compétences présentées dans le référentiel sont les mêmes qui sont valorisées dans votre milieu?

### **Questions de fermeture**

- Y a-t-il des éléments manquants à la formation de ces infirmières selon vous?
- Quelle(s) compétence(s) ces infirmières devraient développer davantage?

## Appendice M : Approbation éthique de l'amendement 1 du protocole



### Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche

Date de dépôt du formulaire: 2015-12-08 07:53

Déposé par: Charette, Martin

Date d'approbation du projet: 2015-06-01

Identifiant nagano: CURSUS

Numéro(s) de projet: 2016-5871, CE 15.056 - CA

Formulaire: F1 - 23366

#### Attestation du CÉR (REBA)

1.



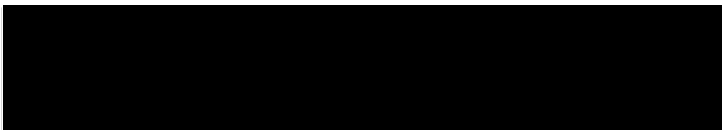
est conforme aux exigences réglementaires  
té Canada; Le comité exerce ses fonctions  
Le comité d'éthique de la recherche du  
mation et de consentement pour l'essai  
estigateur qualifié nommé ci-haut. Cette  
mentées par écrit.

#### Suivi du BCER

1. **Statut de la demande:**  
Demande approuvée

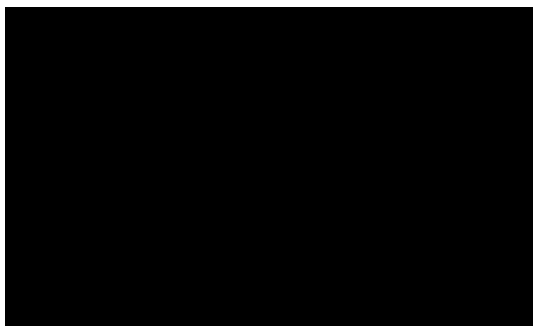
2. **Version finale des FIC approuvés par le CÉR**  
[15.056-FIC-AMF1-2015.12.08-FR-version du 03 décembre 2015.pdf](#)

3. **La demande a été traitée par :**  
Camille Assemat  
**date de traitement:**  
2015-12-08



1 / 6

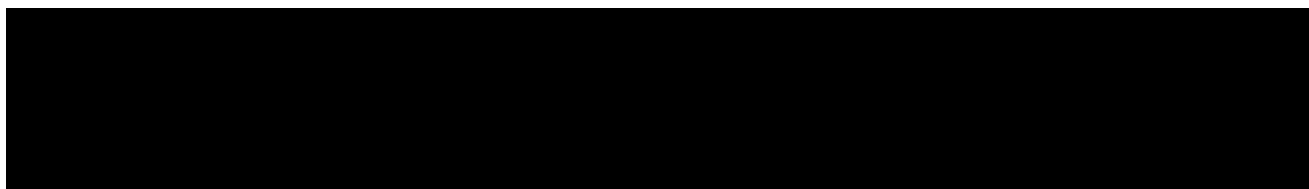
## Appendice N : Formulaire de consentement (version originale)



Formulaire d'information et de consentement

### Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée

#### Projet CURSUS



**Étudiant-chercheur**

Martin Charette, *inf. B.Sc., PhD (c)*  
Doctorant, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Directrices de recherche**

Johanne Goudreau, *inf. PhD* (Directrice de thèse)  
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal

Anne Bourbonnais, *inf. PhD* (Codirectrice de thèse)  
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal

**Organisme subventionnaire :** Institut de recherche en santé du Canada (IRSC)

**No. projet :** 15.056

## **PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières parce que vous êtes soit infirmière nouvellement diplômée (IND) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, soit vous avez encadré ou côtoyé une telle infirmière. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant-chercheur ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

## **NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE**

Les programmes de formation en sciences infirmières ont beaucoup évolué au cours des dernières années, afin de mieux préparer les infirmières aux défis des systèmes de santé. Certains de ces programmes misent sur le développement de compétences, mais très peu d'études ont été faites sur les retombées de ces programmes sur la pratique infirmière. Ces retombées peuvent être, par exemple, les compétences démontrées par les infirmières diplômées de ces programmes.

Le but de cette étude est de décrire le déploiement de compétences d'IND du programme de baccalauréat en sciences infirmières, formation initiale, de l'Université de Montréal et de décrire l'influence du milieu sur les compétences. Les chercheurs veulent à savoir : 1) quelles compétences sont démontrées par les infirmières; 2) comment se déploient les compétences des IND dans le contexte de culture organisationnelle de milieu hospitalier; et 3) quels éléments facilitent ou limitent le déploiement des compétences de ces infirmières.

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

Plusieurs catégories de professionnels seront recrutées pour participer à ce projet : quinze (15) IND de l'Université de Montréal, quinze (15) infirmières préceptrices ayant encadrées une IND, cinq (5) conseillères cliniques de la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles et cinq (5) professionnels de la santé travaillant avec les IND sur une base régulière. L'étudiant-chercheur fera plusieurs séances d'observation sur différents départements (durant 3 à 6 mois). Votre participation au projet devrait durer le temps de cette période d'observation.

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

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à :



<b>IND</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Réaliser une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de vos compétences et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Infirmières préceptrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Participer à un groupe de discussion avec d'autres infirmières préceptrices, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Conseillères de la DSI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Participer à un groupe de discussion avec d'autres conseillères de la DSI, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Autres professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Réaliser une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>

Si vous êtes une IND ou un autre professionnel de la santé :

L'étudiant-chercheur vous rencontrera seul à seul, au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux afin de procéder à l'entrevue individuelle. Ainsi, l'entretien pourra avoir lieu par exemple à votre domicile ou au {Nom de l'établissement de santé}. Dans ce dernier cas, l'entrevue pourra avoir lieu dans une salle de consultation ou dans une autre pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance, hors période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur).

Si vous êtes une infirmière préceptrice ou une conseillère à la DSI :

L'étudiant-chercheur vous proposera quelques dates afin de prendre part à un groupe de discussion, au moment qui vous conviendra le mieux, hors période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). La discussion aura lieu dans une pièce discrète au {Nom de l'établissement de santé}.

Pour faciliter la collecte et l'analyse de données lors des entrevues et des groupes de discussion, toutes les conversations seront enregistrées sur support audionumérique. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, si vous ne vous en sentez pas à l'aise. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses. Les chercheurs souhaitent avoir votre opinion sur les compétences déployées par les IND et l'influence du contexte de soins sur ces compétences.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour répondre aux questions durant l'entrevue ou le groupe de discussion peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiant-chercheur vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

## **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et sur les programmes de formation.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable ou à l'étudiant-chercheur. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre employabilité au {Nom de l'établissement de santé} ou sur vos relations avec les chercheurs et avec les autres intervenants.

Le chercheur responsable, l'étudiant-chercheur du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements seront détruits par l'étudiant-chercheur.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche, s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant-chercheur.

L'étudiant-chercheur du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par l'étudiant-chercheur dans un classeur dans son bureau à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Si vous désirez être informé(e) de ces publications, n'hésitez pas à en faire part au chercheur responsable ou à l'étudiant-chercheur.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par l'étudiant-chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant-chercheur du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

## **FINANCEMENT DU PROJET**

L'étudiant-chercheur a reçu une subvention d'un organisme subventionnaire-pour mener à bien ce projet de recherche. Le montant octroyé couvre les dépenses des chercheurs durant la durée du projet.

## **DROITS DU PARTICIPANT À LA RECHERCHE**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité

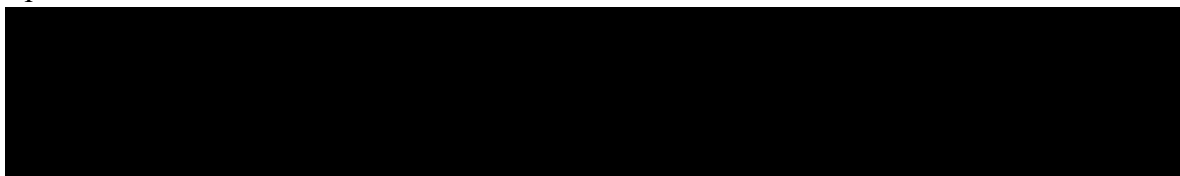
civile et professionnelle.

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiant-chercheur.

## PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable ou avec l'étudiant-chercheur :



**Martin Charette, *inf. B.Sc., PhD (c)***  
**Étudiant-chercheur, Université de Montréal**  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 32649  
Courriel : [m.charette@umontreal.ca](mailto:m.charette@umontreal.ca)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

**Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du {Nom de l'établissement de santé}**  
Téléphone : XXXXXXXXXXXX

## SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

## CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : ***Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée. Projet CURSUS***

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

---

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

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente du chercheur responsable du projet de recherche.**

Je, soussigné, ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au/à la participant(e) dont le nom apparaît ci-dessus et j'ai répondu aux questions qu'il(elle) m'a posées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne	Date
--------------------------	--------------------------	------

**Engagement des chercheurs**

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il(elle) avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il(elle) demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du chercheur responsable	Date
--------------------------	------------------------------------	------

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de l'étudiant-chercheur	Date
--------------------------	-----------------------------------	------

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la directrice de recherche	Date
--------------------------	---	------

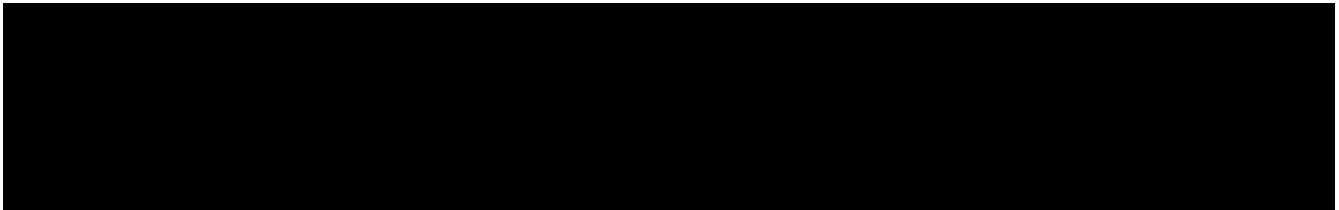
## Appendice O : Formulaire de consentement (version de l'amendement 1)



Formulaire d'information et de consentement

### Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée

#### Projet CURSUS



**Étudiant-chercheur**

Martin Charette, *inf. B.Sc., PhD (c)*  
Doctorant, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Directrices de recherche**

Johanne Goudreau, *inf. PhD* (Directrice de thèse)  
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal

Anne Bourbonnais, *inf. PhD* (Codirectrice de thèse)  
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,  
Université de Montréal

**Organisme subventionnaire :** Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) et Équipe FUTUR (subventionnée par le FRQ-SC)

**No. projet :** 15.056

## **PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en sciences infirmières parce que vous êtes soit infirmière nouvellement diplômée (IND) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, soit vous avez encadré ou côtoyé une telle infirmière. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant-chercheur ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

## **NATURE ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE**

Les programmes de formation en sciences infirmières ont beaucoup évolué au cours des dernières années, afin de mieux préparer les infirmières aux défis des systèmes de santé. Certains de ces programmes misent sur le développement de compétences, mais très peu d'études ont été faites sur les retombées de ces programmes sur la pratique infirmière. Ces retombées peuvent être, par exemple, les compétences démontrées par les infirmières diplômées de ces programmes.

Le but de cette étude est de décrire le déploiement de compétences d'IND du programme de baccalauréat en sciences infirmières, formation initiale, de l'Université de Montréal et de décrire l'influence du milieu sur les compétences. Les chercheurs veulent à savoir : 1) quelles compétences sont démontrées par les infirmières; 2) comment se déploient les compétences des IND dans le contexte de culture organisationnelle de milieu hospitalier; et 3) quels éléments facilitent ou limitent le déploiement des compétences de ces infirmières.

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

Plusieurs catégories de professionnels seront recrutées pour participer à ce projet : quinze (15) IND de l'Université de Montréal, quinze (15) infirmières préceptrices ayant encadrées une IND, cinq (5) conseillères cliniques de la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles et cinq (5) professionnels de la santé travaillant avec les IND sur une base régulière. L'étudiant-chercheur fera plusieurs séances d'observation sur différents départements (durant 3 à 6 mois). Votre participation au projet devrait durer le temps de cette période d'observation.

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

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à :

Groupe	Nature de la participation
<b>IND</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Réaliser une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de vos compétences et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Infirmières préceptrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Participer à un groupe de discussion avec d'autres infirmières préceptrices, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Conseillères de la DSI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Participer à un groupe de discussion avec d'autres conseillères de la DSI, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>
<b>Autres professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir normalement lorsque l'étudiant-chercheur fera des séances d'observation dans votre milieu (environ 3 à 6 mois; des notes manuscrites pourraient être prises par l'étudiant-chercheur)</li> <li>• Réaliser une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 minutes, ayant pour thèmes le déploiement de compétences des IND et l'influence du milieu</li> </ul>

Si vous êtes une IND ou un autre professionnel de la santé :

L'étudiant-chercheur vous rencontrera seul à seul, au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux afin de procéder à l'entrevue individuelle. Ainsi, l'entretien pourra avoir lieu par exemple à votre domicile ou au {Nom de l'établissement de santé}. Dans ce dernier cas, l'entrevue pourra avoir lieu dans une salle de consultation ou dans une autre pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance, hors période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur).

Si vous êtes une infirmière préceptrice ou une conseillère à la DSI :

L'étudiant-chercheur vous proposera quelques dates afin de prendre part à un groupe de discussion, au moment qui vous conviendra le mieux, hors période de travail (sinon avec l'accord de votre supérieur). La discussion aura lieu dans une pièce discrète au {Nom de l'établissement de santé}.

Pour faciliter la collecte et l'analyse de données lors des entrevues et des groupes de



discussion, toutes les conversations seront enregistrées sur support audionumérique. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, si vous ne vous en sentez pas à l'aise. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses. Les chercheurs souhaitent avoir votre opinion sur les compétences déployées par les IND et l'influence du contexte de soins sur ces compétences.

### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour répondre aux questions durant l'entrevue ou le groupe de discussion peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiant-chercheur vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

### **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et sur les programmes de formation.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable ou à l'étudiant-chercheur. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre employabilité au {Nom de l'établissement de santé} ou sur vos relations avec les chercheurs et avec les autres intervenants.

Le chercheur responsable, l'étudiant-chercheur du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements seront détruits par l'étudiant-chercheur.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiant-chercheur recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche, s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant-chercheur.

L'étudiant-chercheur du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par l'étudiant-chercheur dans un classeur dans son bureau à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Si vous désirez être informé(e) de ces publications, n'hésitez pas à en faire part au chercheur responsable ou à l'étudiant-chercheur.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par l'étudiant-chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant-chercheur du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

## **FINANCEMENT DU PROJET**

L'étudiant-chercheur a reçu une subvention d'un organisme subventionnaire-pour mener à bien ce projet de recherche. Le montant octroyé couvre les dépenses des chercheurs durant la durée du projet.

## **COMPENSATION**

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude. Cependant, vous recevrez une carte-cadeau de 20\$ en compensation pour votre temps et des

contraintes subies.

## **DROITS DU PARTICIPANT À LA RECHERCHE**

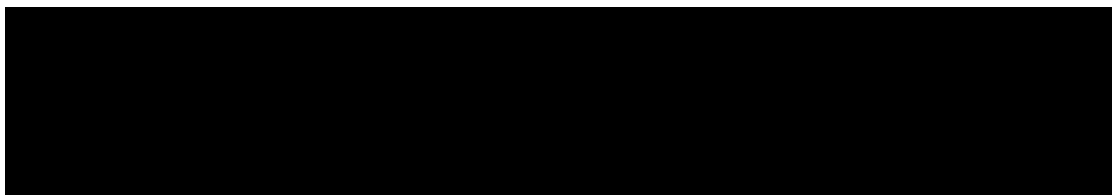
En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'établissement et l'organisme subventionnaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiant-chercheur.

## **PERSONNES RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable ou avec l'étudiant-chercheur :



**Martin Charette, *inf. B.Sc., PhD (c)***  
**Étudiant-chercheur, Université de Montréal**  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 32649  
Courriel : [m.charette@umontreal.ca](mailto:m.charette@umontreal.ca)

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

**Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services**  
Téléphone : XXXXXXXXX

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique de la recherche du {Nom de l'établissement de santé} a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

## CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : **Compétences d'infirmières nouvellement diplômées d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée. Projet CURSUS**

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

---

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

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente du chercheur responsable du projet de recherche.**

Je, soussigné, ai expliqué de façon complète les détails de cette étude au/à la participant(e) dont le nom apparaît ci-dessus et j'ai répondu aux questions qu'il(elle) m'a posées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne	Date
--------------------------	--------------------------	------

**Engagement des chercheurs**

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il(elle) avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il(elle) demeure libre de mettre un terme à sa participation.

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

---

Nom (en lettres moulées)	Signature du chercheur responsable	Date
--------------------------	------------------------------------	------

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de l'étudiant-chercheur	Date
--------------------------	-----------------------------------	------

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la directrice de recherche	Date
--------------------------	---	------