

Université de Montréal

**Les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la  
rétention des infirmières diplômées hors Québec**

par

Marie-Douce Primeau

École de santé publique, département d'administration de la santé  
Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal  
en vue de l'obtention du grade de Docteur  
en Santé publique, département d'administration de la santé  
option organisation des soins de santé

26 juin 2014

© Marie-Douce Primeau, 2014

## Résumé

De plus en plus d'intérêt est porté au recrutement d'infirmières formées à l'étranger dans plusieurs pays, surtout dans le contexte actuel de pénurie de ressources. Toutefois, il n'existe peu d'écrits sur leur expérience d'intégration ainsi que les facteurs favorisant leur rétention. L'objectif de cette thèse est d'explorer les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec (DHQ) dans le système de santé québécois. Cette étude s'est concentrée sur trois processus clefs, à savoir le programme de formation d'appoint, ou programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA0B0* (volet 1), la période de probation en emploi (volet 2) et la rétention en emploi des infirmières DHQ (volet 3). Afin d'explorer ceux-ci, un devis mixte, alliant entretiens individuels, groupes de discussion et questionnaires auto-administrés a été adopté. Ultimement, cette thèse a permis l'avancement des connaissances quant à l'intégration des professionnels de la santé immigrants. En effet, cette étude a permis de comprendre le processus d'intégration, définir les sous-processus qu'il sous-entend et proposer un modèle conceptuel adapté aux transitions qui leur sont associées. De surcroit, cette étude est la première à s'intéresser aux facteurs explicatifs de la réussite au programme de transition de pratique et à examiner les effets du recrutement actif sur l'intégration et la rétention à court et moyen terme des infirmières immigrantes. Enfin, elle explore la question de l'importance des différences de valeurs dans la réussite du processus d'intégration et de la rétention, arrivant au constat que leur importance a été largement surévaluée dans les études antérieures.

**Mots-clés** : intégration professionnelle, intégration en emploi, rétention, infirmière diplômée hors Québec, infirmière formées à l'étranger

## Abstract

A shortage of qualified nurses within Quebec has spurred the recruitment of foreign-educated nurses (IENs). Despite this increased interest, foreign-educated nurses face numerous obstacles during their integration into the workplace as evidenced by the high attrition rates for both full and part-time hires throughout the Quebec healthcare system.

The objective of this thesis is to explain the factors underlying the successful integration and retention of foreign-educated nurses in order to formulate recommendations for the many actors involved throughout the transitional period. The study concentrates on three key phases: 1) the bridging program (*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA0B0*); 2) the probationary period following initial employment; and lastly 3) the employment retention of foreign-educated nurses. A combination of methods was leveraged to investigate the above issues, including individual interviews, group discussions, and self-administered questionnaire.

The study first outlines the difficulties associated with the successful integration and retention of foreign-educated nurses in western countries followed those specific to the Quebec healthcare system. Finally, the work examines how socio-demographic characteristics, workplace characteristics, external environment, and psychosocial factors can influence the success of the integration process.

**Keywords:** Professional integration, employment retention, nurses educated outside of Quebec, foreign-educated nurses.

# Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	xi
Liste des graphiques.....	xiii
Liste des acronymes et abréviations.....	xiv
1. Introduction.....	1
2. Problème de recherche.....	3
2.1 Phénomène de globalisation.....	3
2.2 Contexte de pénurie systémique de main-d'œuvre infirmière.....	4
2.3 Facteurs "Push and Pull".....	5
2.4 Problématique de l'intégration des infirmières diplômées hors Québec.....	6
2.5 Processus d'intégration des infirmières DHQ à la profession infirmière au Québec.....	10
2.5.1 Processus de reconnaissance des diplômes et de la formation antérieure en lien à la profession infirmière.....	11
2.5.2 Formations d'appoint offertes aux infirmières formées à l'étranger.....	13
2.5.3 Examen d'entrée à la profession infirmière de l'OIIQ.....	17
2.5.4 Examen de l'Office québécois de la langue française.....	18
2.6 Processus d'intégration en emploi des infirmières DHQ dans le système de santé québécois.....	19
2.6.1 Processus de recherche d'emploi.....	19
2.6.2 Période de probation en emploi.....	20
2.7 Rétention des infirmières DHQ en milieu de travail.....	21
2.7.1 Rétention des infirmières diplômées canadiennes hors Québec (DCHQ).....	25
2.7.2 Rétention des infirmières diplômées hors Canada (DHC).....	26

2.8 Implications .....	27
2.9 Objectif général de recherche .....	28
3. Recension de la littérature.....	29
3.1 Recension de la littérature traitant de l'intégration professionnelle et en emploi des infirmières formées à l'étranger.....	29
3.2 Recension de la littérature sur les facteurs explicatifs de la réussite des infirmières formées à l'étranger à l'examen d'entrée à la profession infirmière.....	45
3.3 Recension de la littérature sur la problématique de la rétention des infirmières formées à l'étranger .....	47
3.3.1 Rétention infirmière.....	47
3.4 Résumé des connaissances actuelles quant à l'intégration et la rétention des infirmières formées à l'étranger.....	49
4. Cadre conceptuel.....	51
4.1 Distance culturelle : l'approche culturaliste, le concept de culture et les typologies des dimensions des valeurs culturelles.....	51
4.1.1 Approche culturaliste.....	51
4.1.2 Concept de culture .....	52
4.1.3 Notion de valeurs culturelles.....	55
4.1.4 Distance culturelle.....	55
4.2 Processus d'acculturation des infirmières immigrantes.....	56
4.3 Facteurs influençant le processus d'acculturation .....	61
4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques .....	61
4.3.2 Motivations liées à la migration.....	62
4.3.3 En résumé.....	63
4.4 Facteurs psychosociaux d'interaction influençant le processus d'acculturation.....	64
4.5 Intégration professionnelle, intégration en emploi et rétention .....	64
4.6 Liens entre les concepts et proposition d'un cadre conceptuel des facteurs explicatifs de la rétention des infirmières DHQ.....	65
4.7 Objectifs spécifiques de recherche.....	67
5. Méthodologie .....	68
5.1 Stratégie de recherche.....	68
5.2 Choix et justification du devis de recherche.....	69

5.3 Hypothèses de recherche .....	70
5.4 Collecte de données .....	72
5.4.1 Phase I - Cégeps.....	73
5.4.2 Phase II: Établissements de santé.....	80
5.4.3 Récapitulatif de la collecte de données .....	88
5.5 Analyse des données.....	89
5.5.1 Analyse des données - Volet quantitatif.....	89
5.5.2 Analyse des données - Volet qualitatif .....	89
5.5.3 Intégration des deux volets d'analyse .....	90
5.6 Considérations éthiques .....	91
6. Résultats - Facteurs explicatifs de la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint .....	93
.....	
6.1 <i>Objectif 1</i> : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint .....	93
6.1.1 Description des infirmières DHQ du programme d' <i>Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B</i> .....	93
6.1.2 Résultats des régressions logistiques .....	99
6.2 <i>Objectif 2</i> : Déterminer l'influence de l'environnement de formation sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint.....	104
6.2.1 Résultats de la régression logistique et de l'analyse qualitative .....	112
6.3 <i>Objectif 3</i> : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint .....	128
6.3.1 Délais dans le processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure .....	128
6.3.2 Difficultés associées avec le financement des études .....	130
6.3.3 Problèmes découlant de la conciliation des cadres légaux des différents acteurs.....	131
6.4 <i>Objectif 4</i> : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle, et par conséquent influencent la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint.....	133
7. Résultats - Volet II - Facteurs explicatifs de la réussite de la période de probation.....	140
7.1 Description des infirmières DHQ ayant participé à l'étude.....	140
7.2 Description des établissements de santé ayant participé à l'étude.....	146

7.3 <i>Objectif 1</i> : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ .....	149
7.3.1 Critères de validité du modèle .....	149
7.3.2 Résultats de la régression logistique multivariée .....	150
7.4 <i>Objectif 2</i> : Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ en début d'emploi .....	153
7.5 <i>Objectif 3</i> : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ en début d'emploi .....	161
Inadéquation du programme collégial de transition de pratique avec les besoins des établissements .....	161
Contexte économique du pays d'accueil et du pays d'origine .....	162
7.6 <i>Objectif 4</i> : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle et par conséquent influencent la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ .....	164
Attitudes de l'équipe de travail .....	164
Mécanismes de gestion de stress .....	166
8. Résultats - Volet III - Facteurs explicatifs de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi .....	166
8.1 <i>Objectif 1</i> : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles que les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi .....	166
8.1.1 Critères de validité du modèle .....	167
8.1.2 Interprétation des résultats des régressions logistiques .....	168
8.2 <i>Objectif 2</i> : Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi .....	173
8.2.1 Structure du programme .....	173
8.2.2 Processus du programme .....	177
8.3 <i>Objectif 3</i> : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi .....	181
Frais liés au droit d'exercice au Québec .....	181
8.4 <i>Objectif 4</i> : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle, et par conséquent influencent la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ .....	182

Qualité du réseau social .....	183
Attitudes de l'équipe de travail .....	184
9. Discussion .....	186
10. Conclusion .....	166
11. Bibliographie.....	202
12. Annexes.....	xvii
12.1 Annexe I.....	xvii
12.2 Annexe II .....	xviii
12.3 Annexe III.....	xix
12.4 Annexe IV.....	xxiii
12.5 Annexe V.....	lxi
12.6 Annexe VI.....	lxv
12.7 Annexe VII .....	lxii
12.8 Annexe VIII.....	lxxii
12.9 Annexe IX.....	lxxiv
12.10 Annexe X.....	xcvi
12.11 Annexe XI.....	ciii
12.12 Annexe XII .....	cv
12.13 Annexe XIII.....	cxxxiii
12.14 Annexe XIV.....	cxxxix



## Liste des tableaux

Tableau I : Évolution du nombre d'infirmières diplômées hors Québec inscrites au Tableau de l'OIIQ de 2001-2002 à 2011-2012 (entrées et sorties).....	9
Tableau II : Nombre de cohortes et nombre d'infirmières DHQ par année, 2011-2012, et nombre d'infirmières et proportion des DHQ complétant le programme d' <i>Intégration</i> , approximatif, basé sur les trois dernières années, par cégep .....	xvii
Tableau III : Évolution du nombre d'infirmières diplômées hors Québec inscrites au Tableau de l'OIIQ de 2000-2001 à 2011-2012 (entrées et sorties).....	22
Tableau IV : Nombre d'infirmières DHQ selon l'année de délivrance du permis, 2001-2002 à 2011-2012, et proportion selon la dernière année d'inscription au Tableau (en date de décembre 2012).....	23
Tableau V : Tableau des facteurs d'inclusion, recension des écrits - intégration des infirmières formées à l'étranger.....	xviii
Tableau VI : Phases d'ajustement des nouvelles infirmières de Pilette (1989) .....	58
Tableau VII : Démarche adoptée en fonction de l'objectif de recherche .....	68
Tableau VIII: Hypothèses par objectif de recherche, présentés selon le volet de l'étude.....	71
Tableau IX : Récapitulation du moyen de collecte, de la description des données, de l'opérationnalisation des variables et des techniques d'analyse de données utilisées, par variable, par sous-objectif de recherche - Phase I- Cégep.....	lxv
Tableau X: Récapitulatif des différents facteurs étudiés et des moyens de collecte de données du volet qualitatif - Volet formation d'appoint.....	lxix

Tableau XI : Récapitulation du moyen de collecte, de la description des données, de l'opérationnalisation des variables et des techniques d'analyse de données utilisées, par variable, par sous-objectif de recherche - Phase I- Établissements de santé .....	lcv
Tableau XII: Récapitulatif des différents facteurs étudiés et des moyens de collecte de données du volet qualitatif - Volet Établissements de santé.....	ci
Tableau XIII: Tableau des caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude - Phase I- Cégeps .....	cxxxix
Tableau XIV: Résultats de la régression logistique multivariée et des régressions logistiques – dimensions des valeurs- Cégeps .....	101
Tableau XV : Récapitulatif des caractéristiques des cégeps 1,2 et 3 (structure, processus, résultats) et descriptif de la clientèle DHQ ayant participé à l'étude .....	105
Tableau XVI : Résultats de la régression logistique multivariée et des régressions logistiques – dimensions des valeurs- Établissements de santé .....	150
Tableau XVII: Résultats du test Hosmer-Lemeshow .....	167
Tableau XVIII : Résultats des tests de qualité de l'ajustement - 2LL et R2 de Nagelkerke .....	168
Tableau XIX : Résultats de la régression logistique multivariée et des régressions logistiques – dimensions des valeurs- Établissements de santé - Rétention.....	169

## Liste des figures

Figure I: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Intégration à la profession infirmière au Québec .....	11
Figure II: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure.....	12
Figure III: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Stage d'intégration en milieu clinique.....	14
Figure IV: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Programme d'Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B.....	16
Figure V: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Période de probation en emploi .....	20
Figure VI: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Rétention en emploi .....	21
Figure VII: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Processus ciblés par cette étude .....	28
Figure VIII: Modèle conceptuel des facteurs explicatifs de l'intégration de la rétention des infirmières formées à l'étranger .....	66
Figure IX: Récapitulatif des Phases de collecte de données et des Volets de l'étude.....	70

Figure X: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Phase I et II de collecte de données .....	73
Figure XI : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 1 .....	xix
Figure XII : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 2 .....	xx
Figure XIII : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 3 .....	xxi
Figure XIV : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Vue globale de la collecte.....	xxii
Figure XV : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Établissements de santé - Vue globale de la collecte .....	lxxii
Figure XVI: Récapitulatif de la collecte de données .....	88
Figure XVII: Modèle conceptuel des facteurs explicatifs de l'intégration de la rétention des infirmières formées à l'étranger .....	196

## Liste des graphiques

Graphique I : Nombre de permis d'exercice délivrés par l'OIIQ à des infirmières diplômées hors Québec et proportion, selon l'origine, par année de délivrance du permis, 2002-2003 à 2011-2012, OIIQ 2013.....	8
Graphique II : Pourcentage de la main-d'œuvre réglementée formées à l'extérieur du Canada par province et pour l'ensemble du Canada, 2011, CIHI 2013 .....	10
Graphique III :Nombre d'infirmières diplômées hors Québec selon l'année d'entrée dans la profession, 2002-2003 à 2006-2007, et proportion renouvelant leur droit d'exercice après 1, 2, 3, 4 et 5 ans, OIIQ 2013.....	24
Graphique IV: Nombre d'infirmières diplômées hors Québec ayant fait leur entrée dans la profession de 2002-2003 à 2006-2007 selon l'origine, et proportion renouvelant leur droit d'exercice après 1, 2, 3, 4 et 5 ans, OIIQ 2013.....	26
Graphique V : Le concept de culture selon Trompenaars et Hampden-Turner (1998) .....	54
Graphique VI : Modèle conceptuel de l'acculturation, Sam (2006).....	56
Graphique VII : Stratégies adoptées par les groupes ethnoculturels (et les sociétés) lors de contacts interculturels .....	59

## Liste des acronymes et abréviations

AEC:	Attestation d'études collégiales
AIIC:	Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
ARM:	Arrangement de Reconnaissance Mutuelle
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSM :	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
BAC:	Baccalauréat universitaire
Cégep :	Collège d'enseignement général et professionnel
CEPI:	Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière
CVM:	Cégep du Vieux-Montréal
DCHQ :	Diplômé(e) canadienne hors Québec
DHQ :	Diplômé(e) hors Québec
DHQ-AEC :	Diplômé(e) hors Québec ayant réalisé le stage d'Intégration en institution collégiale
DHQ-PTR :	Diplômé(e) hors Québec sous permis de travail restrictif dont le stage d'Intégration est réalisé en établissement de santé
DQ:	Diplômé du Québec
ECOS:	Examen Clinique Objectif Structuré
MICC :	Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ :	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
OQLF:	Office Québécois de la Langue Française
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé

PAB: Préposé aux bénéficiaires

Programme

d'*Intégration* Programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B*

PTR : Permis de travail avec restrictions

RSQ: Recrutement Santé Québec





# 1. Introduction

Une majorité de pays est actuellement aux prises avec une importante pénurie de professionnels de la santé. Uniquement pour les 57 pays où la pénurie de professionnels de la santé est jugée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme critique, ce déficit équivaut à un déficit global de 2.4 millions d'infirmières, de docteurs et de sages-femmes, soit 70% de l'effectif actuel de main-d'œuvre locale actuelle (OMS, 2006). Toutefois, malgré toutes les stratégies mises en place pour favoriser l'immigration d'infirmières, leur intégration et leur rétention dans le réseau de la santé reste problématique. Cette thèse vise à cerner les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières formées à l'étranger, en s'appuyant sur le cas du Québec. Les objectifs visés sont, dans un premier temps, de décrire et de comprendre les facteurs explicatifs de la réussite au programme de formation d'appoint, puis ceux de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme des infirmières diplômées hors Québec (DHQ) en début d'emploi, afin de formuler des pistes de réflexion visant à maximiser le succès des infirmières DHQ à ces étapes cruciales de leur intégration professionnelle. Cette thèse s'articule autour de six sections. Une première section présente un portrait des problématiques de la migration et de l'intégration des infirmières immigrantes. Une deuxième section présente les résultats d'une recension intégrative de la littérature qui sera présentée sous forme de manuscrit. La troisième section de cette thèse présente un modèle théorique des facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration professionnelle des infirmières DHQ. Ce modèle théorique a été utilisé comme base pour identifier les facteurs explicatifs à cibler dans notre démarche. Une quatrième section présente la méthodologie utilisée afin d'explorer les facteurs ciblés, soit une étude à devis mixte alliant questionnaires auto-administrés, groupes de discussion et entrevues individuelles. Enfin, les résultats de cette

étude exploratoire pour chacun des volets de l'étude (volet 1- programme d'intégration au cégep, volet 2- stage d'intégration clinique, volet 3- période de probation, volet 4 - rétention à court et moyen terme), ainsi qu'une discussion de leurs implications relatives, seront présentés dans les trois dernières sections de cette thèse.

## **2. Problème de recherche**

En 2013, 3.2% de la population mondiale (soit 232 millions d'individus) résidait à l'extérieur de son pays d'origine. C'est une augmentation de près de 50% depuis 2000 (n=175 millions), et de 66% depuis 1990 (n=154 million, UN, 2013). Les États-Unis accueillent le plus grand nombre absolu d'immigrants (45.8 millions), suivi de la Russie (11 millions), de l'Allemagne (9.8 millions) et de l'Arabie saoudite (9.1 millions). Le Canada arrive huitième, avec 7.3 millions d'immigrants première génération (UN, 2013). Or, les infirmières formées à l'étranger composent une part de plus en plus importante de la main-d'œuvre infirmières dans les pays industrialisés (OMS, 2009). En 2008, les infirmières formées à l'étranger représentaient 13% des nouveaux permis d'exercer aux États-Unis, contre 7% en 2000 (Schumacher, 2010). En Grande-Bretagne, les certifications d'infirmières formées à l'étranger ont même surpassé celles d'infirmières formées localement (RCN, 2009; Aiken et al., 2004). Selon Gostin (2008), l'accélération de la migration d'infirmières formées à l'étranger serait due à trois phénomènes: la globalisation, le contexte de pénurie de main-d'œuvre et les facteurs push/pull.

### **2.1 Phénomène de globalisation**

À l'heure de la globalisation, les gouvernements et les établissements de santé ne sont plus restreints à l'offre locale d'infirmières (Dacuycuy, 2008); d'où l'intérêt de plus en plus marqué pour le recrutement d'infirmières formées à l'étranger pour corriger ces déséquilibres. En parallèle, de nombreux pays se sont engagés dans des efforts de standardisation des processus éducationnels afin de faciliter la mobilité de la main-d'œuvre. C'est dans cette optique que l'accord de Bologne, par la création en 2010 de l'Espace Européen de l'Enseignement

Supérieur, a favorisé l'harmonisation des standards éducationnels entre 47 pays, notamment en ce qui a trait au cursus lié aux soins infirmiers. Ultiment, cet effort de standardisation a favorisé la mobilité des infirmières (Gostin, 2008).

## **2.2 Contexte de pénurie systémique de main-d'œuvre infirmière**

Une majorité de pays industrialisés, tout comme de pays en développement, est actuellement aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre de professionnels de la santé (OMS, 2006). L'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC), dans son document «Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nursing Shortage» (Tomblin, Murphy et al., 2009), envisage un déficit de 60 000 infirmières à temps complet d'ici 2022. Contrairement aux pénuries cycliques, le déficit actuel découle d'un déséquilibre systémique de l'offre et de la demande de main-d'œuvre infirmière, c'est-à-dire de la combinaison d'un recul ou d'une stagnation de l'offre à une augmentation de la complexité croissante et de la demande globale de soins (Buchan, 2001). Le recul de l'offre de main-d'œuvre infirmière peut ainsi être attribué aux effets de la transition démographique, soit une augmentation des départs pour la retraite, combinés à une diminution des entrées dans la profession (Heinz, 2004), combinés à une demande accrue de congés sans solde, de départs pour cause de maladies ou de postes à temps partiel et sur appel (ASSS, 2009; Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), 2007). Un tel déficit chronique de main-d'œuvre a des répercussions négatives non seulement sur l'accès mais aussi sur la qualité des soins prodigués (Buerhaus et al 2007; Seachrist et al., 2002). Sans compter que le manque de main-d'œuvre infirmière qualifiée nuit considérablement au climat de travail et à la perception du public face à la profession infirmière, en mettant l'emphase sur les conditions difficiles et la charge de travail importante

des infirmières découlant de cette situation (Janiszewski, 2003; Heinz, 2004; Folks et al., 2002). Enfin, ce manque à gagner constant exerce une pression considérable sur les capacités de planification et de gestion de la main-d'œuvre des systèmes de santé (Mee et Robinson, 2003). D'où l'intérêt du recrutement des infirmières formées à l'étranger, qui permet l'accès immédiat à des ressources qualifiées.

### **2.3 Facteurs "Push and Pull"**

Enfin, le troisième facteur contextuel qui a favorisé la migration des professionnels infirmières est communément appelé le "Push and Pull". Mejia, Pizurki et Royston (1979) sont les premiers à proposer l'idée que la migration était le résultat de forces prenant source à la fois dans le pays donneur (push) et dans le pays receveur (pull). Kigma (2001) renchérit en soutenant que la migration des infirmières étaient motivées par trois facteurs centraux: le développement professionnel, la qualité de vie et la sécurité personnelle. Allen et Larsen (2003) proposent quant à eux plusieurs motifs poussant les infirmières formées à l'étranger de migrer, que ce soit des motivations personnelles, professionnelles et financières. Au niveau personnel, les ambitions individuelles et le désir d'aventure motivent certaines infirmières à immigrer. Or, cette immigration est de courte durée, après laquelle les infirmières soit retournent dans leurs pays d'origine, soit restent dans le pays hôte dans une optique de développement de carrière. En se référant à l'expérience britannique, Allen et Larsen (2003) soulignent que cette *working holiday strategy* fait surtout référence aux infirmières blanches immigrant dans les anciennes colonies.

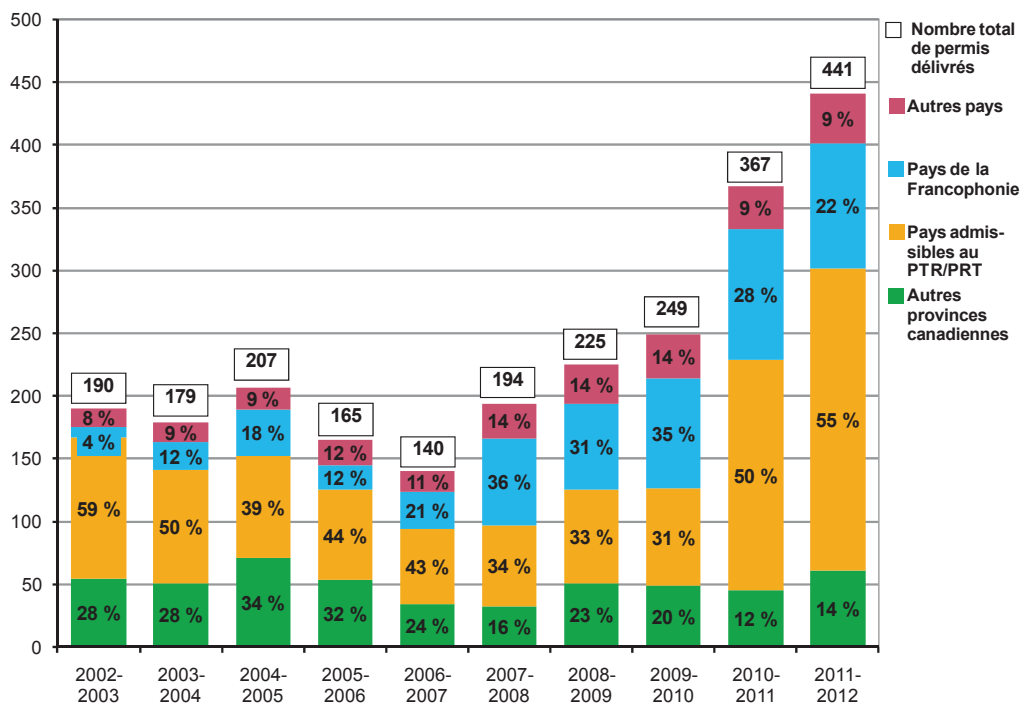
Au niveau des motivations professionnelles, le désir de développement professionnel, l'exposition à de nouvelles pratiques infirmières et aux hautes technologies, ainsi que les possibilités de formation continue motivent plusieurs infirmières étrangères à immigrer. Une partie des infirmières ayant immigré pour des motivations professionnelles aura tendance à retourner dans leur pays d'origine si leurs attentes quant à leur développement de carrière ne sont pas comblées. Enfin, les infirmières immigrant pour des motifs financiers vont être attirées soit par de meilleures conditions de vie, soit par la possibilité de travailler pour envoyer de l'argent à leur famille dans le pays d'origine. Or, ces motivations vont varier considérablement en fonction de la région d'origine (Buchan, 2006). Par exemple, chez les infirmières provenant de pays plus défavorisés, la rétention serait ainsi influencée par une combinaison de l'impossibilité de retourner à la maison comme un échec, ne pas laisser tomber leur quête pour un avenir meilleur et les obligations face à leurs familles qui dépendaient de leur revenu (Magnudottir, 2005). Par conséquent, ces facteurs vont influencer les flux migratoires d'infirmières formées à l'étranger.

## **2.4 Problématique de l'intégration des infirmières diplômées hors Québec**

Selon les projections du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS 2013a), le Québec sera confronté à une pénurie de 4 258 infirmières à temps complet pour l'année 2017-2018, soit 7.4 % des effectifs actuels du réseau de la santé publique à pareille date. Déjà au 31 mai 2011, le MSSS (MSSS, 2013b) enregistrait un déficit de 2 179 infirmières dans le système de santé québécois, soit 4 % de l'effectif à l'emploi à pareille date. De toutes les régions administratives, Montréal est celle où le manque à gagner en main-d'œuvre infirmière

(nombre absolu) est le plus élevé, soit 799 infirmières ou 4.5 % de l'effectif réel à pareille date.

Dans ce contexte systémique de pénurie de main-d'œuvre, le gouvernement du Québec a favorisé la mise en place de nombreuses stratégies visant à augmenter le recrutement et à faciliter l'intégration des DHQ. Conscient de la nécessité à la fois de faciliter et d'encadrer l'intégration des infirmières DHQ, l'OIIQ s'est quant à lui doté en 2004 d'une stratégie orientée autour de trois lignes directrices, soit : « le maintien des normes professionnelles [...], l'accueil et l'insertion durable en emploi [...] et la reconnaissance des acquis » (OIIQ, 2004, p.7). Parallèlement, le MSSS a mis en place en novembre 2003, l'équipe de Recrutement Santé Québec (RSQ) afin d'accompagner les professionnels de la santé formés hors Canada et hors États-Unis dans leurs démarches d'immigration (RSQ 2010). Ces mesures auraient permis annuellement en moyenne à plus de deux cents infirmières DHQ d'obtenir un permis d'exercice de la pratique infirmière au Québec depuis les années 2002-2003 (voir graphique I, ci-dessous).



**Graphique I : Nombre de permis d'exercice délivrés par l'OIIQ à des infirmières diplômées hors Québec et proportion, selon l'origine, par année de délivrance du permis, 2002-2003 à 2011-2012, OIIQ 2013**

Au total, 2357 permis de pratique furent délivrés au Québec à des infirmières DHQ entre 2001-2002 et 2011-2012 (OIIQ 2013). Il n'en reste qu'en 2011-2012, le Québec ne comptait que trois cent quarante trois infirmières DHQ inscrites au tableau de l'OIIQ de plus qu'en 2001-2002 (voir tableau I, ci-dessous).



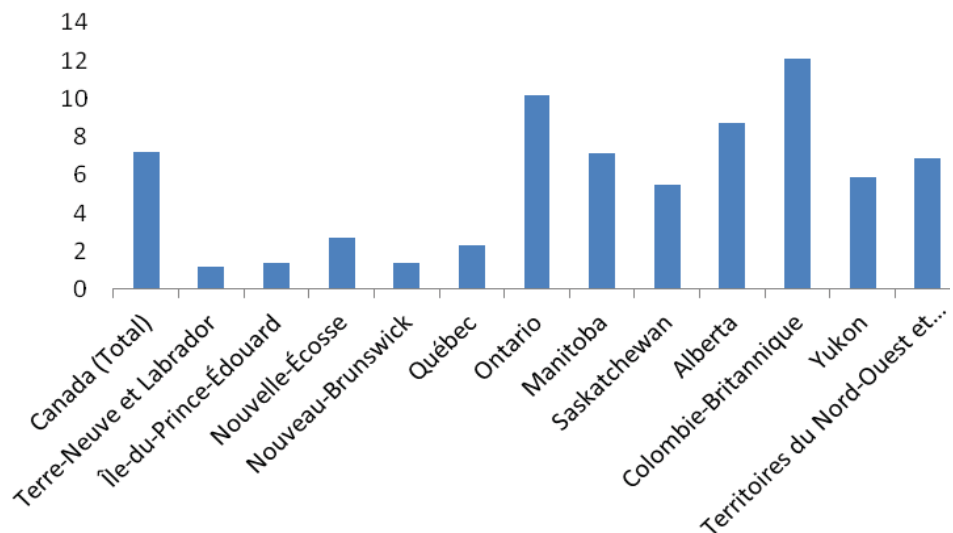
Tableau II : Évolution du nombre d'infirmières diplômées hors Québec inscrites au Tableau de l'OIIQ de 2001-2002 à 2011-2012 (entrées et sorties)

au 31 mars	N <sup>bre</sup> total de membres	DHQ inscrites		Moins (sorties)		Plus (entrées)			Solde	DHQ inscrites l'année suivante
		Nombre	%	DHQ ne se réinscrivant pas	%	Nouvelles DHQ	DHQ faisant un retour	Total		
2001	64 941	3 099	4,8%	219	7,1%	126	37	163	-56	3 043
2002	64 910	3 043	4,7%	202	6,6%	181	30	211	9	3 052
2003	65 810	3 052	4,6%	231	7,6%	172	53	225	-6	3 046
2004	66 955	3 046	4,5%	246	8,1%	199	49	248	2	3 048
2005	67 792	3 048	4,5%	242	7,9%	166	40	206	-36	3 012
2006	68 754	3 012	4,4%	238	7,9%	138	50	188	-50	2 962
2007	69 765	2 962	4,2%	267	9,0%	189	67	256	-11	2 951
2008	70 181	2 951	4,2%	247	8,4%	210	56	266	19	2 970
2009	70 587	2 970	4,2%	235	7,9%	239	68	307	72	3 042
2010	71 371	3 042	4,3%	228	7,5%	362	55	417	189	3 231
2011	71 399	3 231	4,5%	265	8,2%	432	44	476	211	3 442
2012	72 169	3 442	4,8%							

1. En moyenne, à chaque année, 4,5 % de l'ensemble des membres ne renouvellent pas leur inscription au Tableau.

Source : OIIQ 2013

Quant à lui, le pourcentage d'infirmières règlementés DHQ sur l'ensemble des infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ est resté le même entre 2001- 2002 et 2011-2012 (4,8%, dont 2,3% de DHC - voir tableau I), et reste largement inférieur au pourcentage canadien moyen (7,2% de la main-d'œuvre, CIHI 2013 - voir graphique II ci-dessous). D'où l'intérêt de se questionner sur le processus d'intégration et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières formées à l'étranger dans le système de santé québécois.



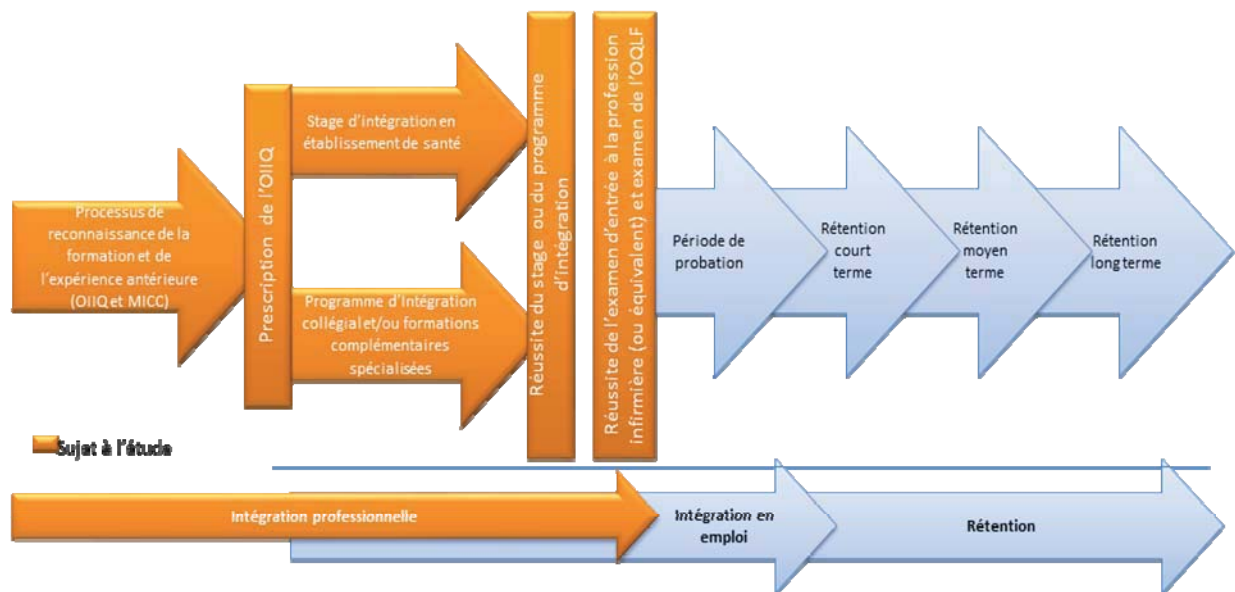
**Graphique V : Pourcentage de la main-d'œuvre réglementée formée à l'extérieur du Canada par province et pour l'ensemble du Canada, 2011, CIHI 2013**

La prochaine section propose un portrait du processus d'intégration des infirmières DHQ dans le système de santé québécois, en décrivant dans un premier temps le processus d'intégration professionnelle, puis celui de l'intégration en emploi des infirmières immigrantes, avant de dresser un portrait des problématiques associées à chacun de ces sous-processus.

## **2.5 Processus d'intégration des infirmières DHQ à la profession infirmière au Québec**

Le processus d'intégration à la profession infirmière, ou intégration professionnelle, englobe de nombreux sous-processus (voir figure I, ci-dessous). Celui-ci débute par le processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure. Suite à la prescription de l'OIIQ, l'infirmière DHQ intégrera un programme de transition de pratique qui peut prendre la forme soit d'un stage clinique d'intégration (post embauche), soit d'un programme collégial d'*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B*. La réussite du programme de

transition de pratique est suivie de l'examen d'entrée à la profession de l'OIIQ (ou à son équivalent pour les infirmières DHQ éligibles à l'ARM), dont la réussite constitue la finalité du processus d'intégration à la profession.



**Figure I: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Intégration à la profession infirmière au Québec**

### 2.5.1 Processus de reconnaissance des diplômes et de la formation antérieure en lien à la profession infirmière

Au Québec, quiconque veut travailler comme infirmière doit détenir un permis de pratique valide, délivré par l'OIIQ. Afin d'obtenir celui-ci, l'infirmière DHQ doit dans un premier temps présenter un dossier exposant son expérience antérieure de travail et sa formation en soins infirmiers à l'OIIQ pour évaluation (voir figure II, ci-dessous). En 2011-2012 seulement, 3500 trousse d'information sur le processus d'obtention du permis ont été envoyées à des

infirmières DHQ (OIIQ, 2012). Durant cette même période, 1066 demandes de reconnaissances ont été traitées par l'OIIQ (OIIQ 2012), soit une augmentation de plus de 500% par rapport au nombre de demandes d'équivalences traitées en 1990-1991 – dont une augmentation de 200% uniquement pour la période entre 2008-2009 et 2011-2012.

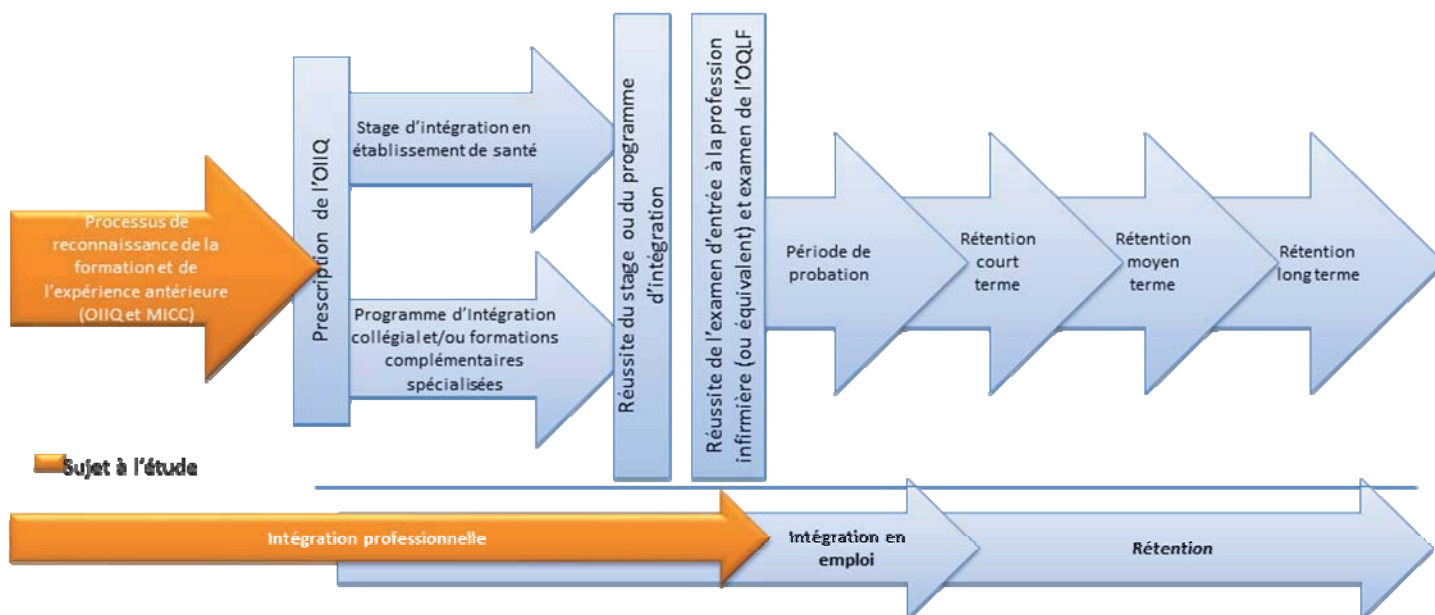


Figure II: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure

Suite à l'examen de la demande de reconnaissance, l'OIIQ émettra une prescription: soit la reconnaissance sans condition de l'équivalence de la formation et du diplôme, soit le refus d'équivalence, ou – dans plus de quatre-vingt-dix pourcent des cas – celle d'une reconnaissance partielle avec prescription d'un complément de formation.

### 2.5.2 Formations d'appoint offertes aux infirmières formées à l'étranger

Que ce soit sous sa forme de programme d'attestation collégial ou de stage clinique, les formations d'appoint (ou stage d'intégration selon l'OIIQ) visent à favoriser la transition de la pratique des infirmières DHQ, soit à permettre :

- La familiarisation au contexte de pratique québécois, sur les plans professionnel, légal, déontologique, organisationnel et socioculturel;
- L'adaptation des compétences déjà acquises afin de pouvoir exercer la profession au Québec;
- La démonstration des compétences cliniques essentielles à une pratique professionnelle sécuritaire et efficace dans un milieu de soins québécois (OIIQ, 2011, p. 6).

En fonction du bagage académique et de l'expérience clinique de la DHQ, ce complément de formation peut prendre plusieurs formes, soit un stage d'intégration en milieu clinique de 30 à 40 jours, un stage en milieu clinique de 75 jours, menant à l'obtention du droit de pratique (PRT) pour les infirmières possédant un diplôme en soins infirmiers délivré en France et éligibles à l'arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM), ou un programme de formation d'appoint en milieu collégial (OIIQ 2004).

*Stage d'intégration en milieu clinique* Réalisé dans un contexte de soins généraux de médecine chirurgie, le stage en milieu clinique est d'une durée minimum de 30 jours (approximativement 210 heures, mais peut varier selon la prescription de l'OIIQ; voir figure III, ci-dessous).

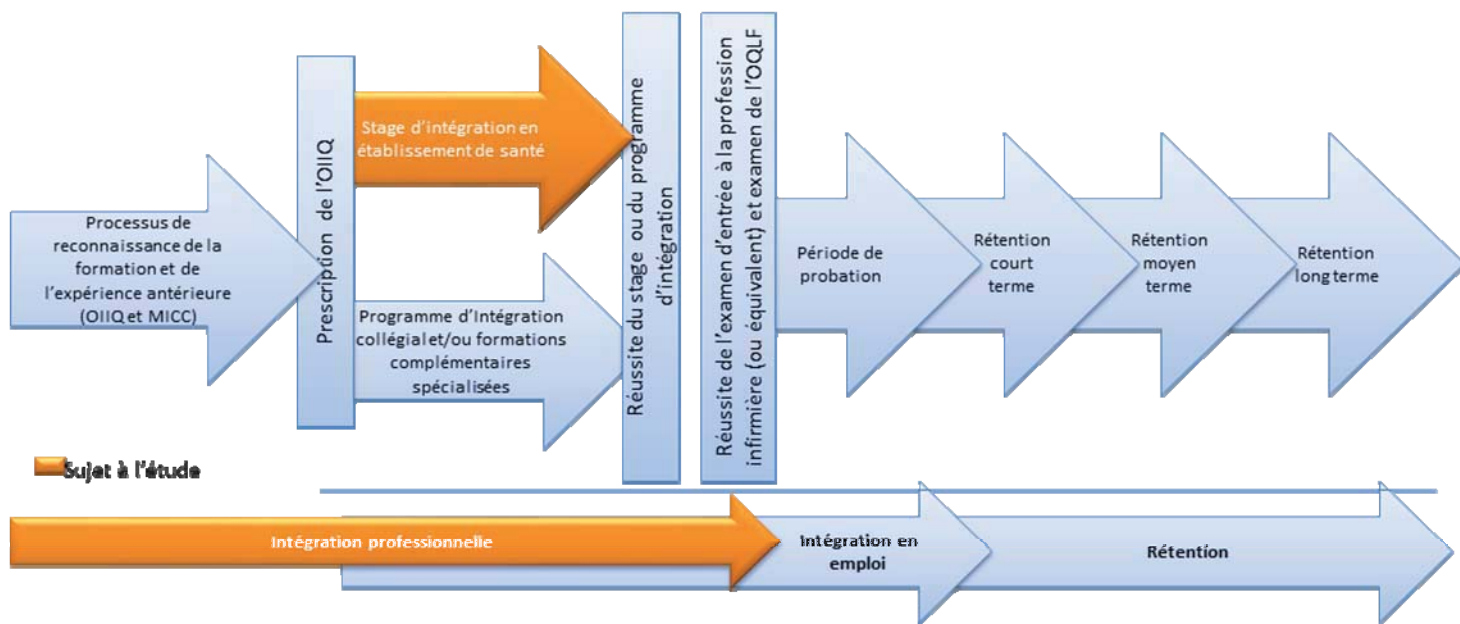


Figure III: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Stage d'intégration en milieu clinique

En plus du volet clinique, celui-ci comprend un volet théorique, couvrant les lois et règlements en vigueur au Québec, ainsi que les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière en contexte québécois. Un complément de formation spécialisé peut aussi être demandé aux infirmières ayant complété leur stage d'intégration en milieu clinique, sous la forme d'un des modules de formation complémentaires offerts par les établissements collégiaux. En cas d'échec, les infirmières DHQ sont redirigées vers le programme de formation d'*Intégration*. Toutefois, ces échecs sont marginaux.

*Stages d'intégration en milieu clinique destiné aux infirmières françaises éligibles à l'ARM* Le stage d'intégration en milieu clinique, ou stage d'adaptation, est composé de deux volets. Le premier volet, d'une durée de 30-40 jours, englobe un module d'*Introduction au contexte de pratique québécois*, et un module d'*Adaptation des compétences en fonction du nouveau contexte de pratique*. Une fois le premier volet réussi, l'infirmière débute le deuxième volet du stage d'adaptation, qui vise la *Consolidation des compétences et démonstration d'un exercice de pratique autonome en contexte québécois*. Afin de leur permettre de réaliser leur stage d'adaptation en milieu clinique de 75 jours, un permis restrictif temporaire (PRT) est délivré aux infirmières dont le diplôme a été délivré en France et éligibles à l'ARM (Voir figure IV, ci-dessus). En cas d'échec du stage d'adaptation, l'infirmière DHQ peut travailler en tant que CEPI, avant de s'inscrire à l'examen d'entrée à la profession infirmière de l'OIIQ. Tout comme pour les stages d'intégration en milieu cliniques, les échecs au stage d'adaptation sont marginaux.

*Programme d'Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B)* Relevant du service de la formation continue, une première version structurée d'un programme de transition de pratique a vu le jour en 2002. Toutefois, il existait une forte variabilité entre les différents programmes offerts à l'époque par les différents cégeps. D'où la refonte en 2009 du programme d'*Intégration*. Pour la période 2008-2009 et 2011-2012, l'OIIQ a émis une prescription de reconnaissance partielle avec la condition de réussir le programme d'*Intégration* en réponse à plus de la moitié des demandes (OIIQ 2010, 2011, 2012, 2013; voir figure IV, ci-dessus). L'objectif du programme est de faciliter la transition de pratique et de

permettre aux infirmières DHQ de réussir l'examen d'entrée à la profession infirmière au Québec (CVM, 2014).

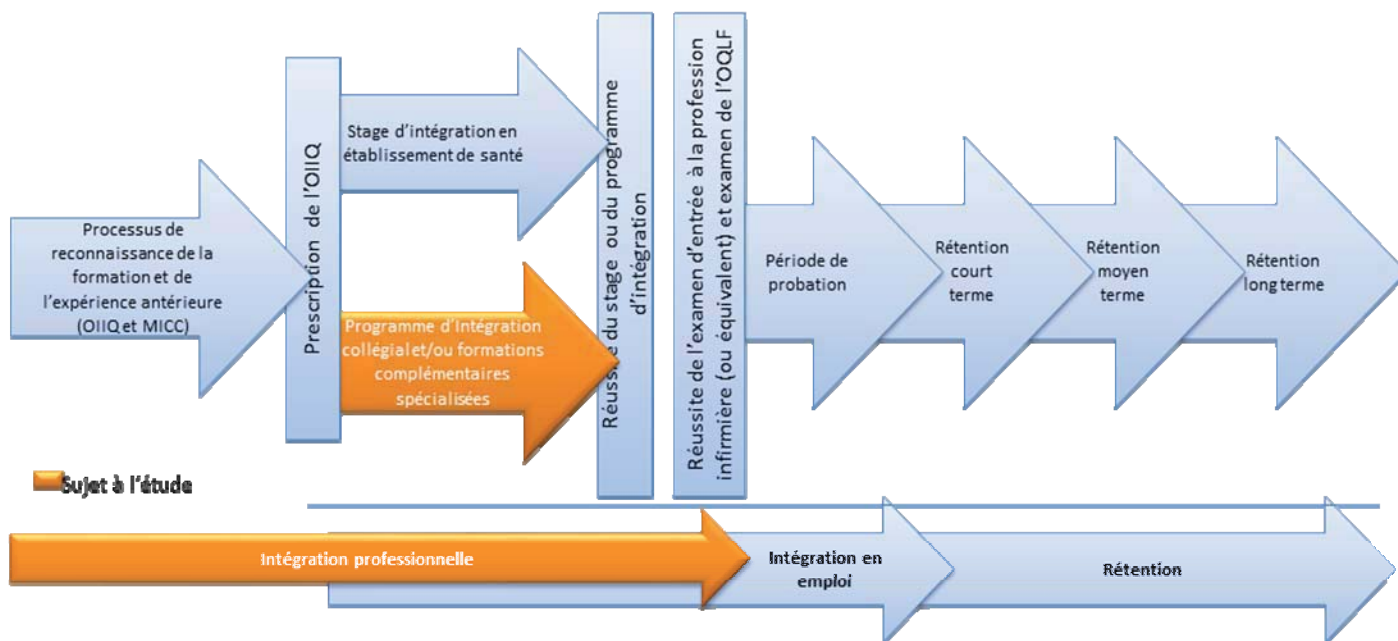


Figure IV: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Programme d'Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B

La structure du programme actuel de transition de pratique est composée d'un tronc commun de 225-250 heures de formation théorique, de 105 heures de laboratoire supervisés et de 285 heures de stages en milieu clinique. À ce tronc commun peut s'ajouter une ou plusieurs des quatre formations complémentaires pouvant être prescrites par l'OIIQ, soit : pédiatrie, périnatalité, santé mentale et soins de longue durée. Les établissements collégiaux peuvent aussi ajouter certains cours non crédités (financés à même leurs budgets d'établissement ou offerts par le biais d'organismes communautaires), tels que des cours de langue d'appoint



adaptés au milieu de travail, des ateliers de sensibilisation à l'interculturel ou des ateliers de soutien à l'emploi (rédaction de Curriculum Vitae, entretiens d'embauche, etc.). D'autres offrent une journée de pratique d'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS - volet pratique de l'examen d'entrée de la profession).

En 2011-2012, c'est un peu plus de 370 infirmières DHQ qui ont intégré une cohorte de formation d'appoint d'*Intégration* (voir tableau II en annexe 1). Pour près de 120 de celles-ci, cette initiative s'est soldée par un échec. En effet, entre 2009-2012, près de 40% des infirmières DHQ suivant le programme au sein de deux des cégeps de la région de Montréal ont échoué ou abandonné leur formation (voir tableau II, en annexe 1). Si bien que 35% à 40% des DHQ inscrites au programme d'*Intégration*, tous cégeps confondus, en seraient à leur deuxième tentative – et 5% à leur troisième essai.

### **2.5.3 Examen d'entrée à la profession infirmière de l'OIIQ**

Les infirmières DHQ-AEC ont un taux de réussite à l'examen d'entrée à la profession de l'OIIQ nettement inférieur à ceux des infirmières DQ. Ainsi, le taux de réussite au premier tour des infirmières DHQ ayant complété leur formation au cégep 1 entre 2008-2010 varie entre 48% et 59% selon la cohorte (ASSM 2011), versus 80% pour les infirmières DQ pour la même période (OIIQ 2010b)<sup>1</sup>. Si bien que ce sont 30-35% des infirmières DHQ ayant débuté la formation d'appoint qui, au final, réussissent à obtenir leur permis d'exercice d'infirmière<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cette perception d'un taux de réussite des DHQ inférieur aux DQ semble partagée par les quatre autres CÉGEPs offrant le programme CWA0B dans la province de Québec, même si ceux-ci ne disposent pas, à l'heure actuelle, de mécanisme de suivi des résultats à l'examen de l'OIIQ de leurs étudiantes une fois diplômées.

<sup>2</sup> Au final, le taux de réussite de l'ensemble des infirmières DHQ à l'examen d'entrée à la profession avant la fin du délai d'admissibilité de deux ans est de 85% (OIIQ 2012), contre 96-97% pour l'ensemble des infirmières ayant participé aux sessions d'examen (OIIQ 2011,2012). En se fiant aux données relatives à la réussite de

En résumé, non seulement le taux de réussite des infirmières DHQ-AEC au programme d'*Intégration* est faible, mais même celles qui réussissent leur formation d'appoint semblent avoir plus de difficultés à réussir l'examen d'entrée à la profession.

#### **2.5.4 Examen de l'Office québécois de la langue française**

En plus de l'obtention du permis d'exercice, toute personne désirant pratiquer en tant qu'infirmière au Québec et ayant effectué moins de trois ans d'études secondaires ou postsecondaires en français doit réussir l'examen linguistique administré par l'Office québécois de la langue française (OQLF). D'une durée de trois heures, l'examen de l'OQLF comporte quatre parties (OQLF, 2014). Une première partie évalue la compréhension du français oral du candidat et comporte 40 questions à choix multiples. La deuxième partie évalue les habiletés d'expression orale du candidat par le biais d'un entretien individuel de 10 à 15 minutes portant sur la profession infirmière et sur le vocabulaire qui lui est associé. La troisième partie de l'examen évalue les capacités d'expression écrite du candidat et consiste en la rédaction de 20 à 25 lignes en lien avec les activités professionnelles infirmières. Enfin, la quatrième partie évalue la compréhension du candidat du français écrit par le biais de 20 questions à choix multiples en lien avec deux ou trois textes, toujours en lien avec la profession infirmière. Afin de réussir l'examen linguistique, le candidat doit obtenir un 60% pour chacune des parties de l'examen. En cas d'échec, le DHQ peut continuer à travailler en tant que CEPI. Toutefois, le permis régulier d'exercice de la profession infirmière ne sera décerné qu'une fois l'examen de l'OQLF réussi (OIIQ, 2014).

---

l'examen d'entrée à la profession compilées par les établissements de santé ainsi que les statistiques liées à l'effectif infirmier DHQ, on peut déduire que le taux de réussite des infirmières DHQ-AEC avoisine 60-65% pour cette période.

Une fois le permis d'exercice en poche, les infirmières DHQ se retrouvent confrontées à un nouvel obstacle: l'intégration en milieu de travail. La section suivante décrit la problématique de l'intégration en emploi des infirmières DHQ dans le système de santé québécois.

## **2.6 Processus d'intégration en emploi des infirmières DHQ dans le système de santé québécois**

L'intégration en emploi peut être pensée comme l'ensemble des processus menant à l'embauche du candidat par un employeur. Dans cette optique, l'intégration en emploi des infirmières DHQ englobe non seulement l'ensemble des processus de recherche d'emploi, mais aussi la période de probation (ou stage d'essai) en établissement de santé.

### **2.6.1 Processus de recherche d'emploi**

Au Québec, le recrutement d'infirmières DHQ se fait soit , par le biais de missions de recrutement organisées par RSQ ou par des agences privées de recrutement international. De plus, les gestionnaires des établissements de santé peuvent approcher directement les DHQ. Pour les infirmières ayant été recrutées dans le cadre de missions, les démarches et l'entretien de sélection - et la signature du contrat de travail - ont lieu avant l'immigration. Pour les infirmières DHQ-AEC, les démarches de recherche d'emploi débutent avec la fin du programme d'Intégration. Afin de les soutenir dans leurs démarches, certains des cégeps offrant le programme ont intégré des ateliers de recherche d'emploi et de pratique d'entretiens à leur cursus. L'ensemble des infirmières DHQ-AEC sont référées à des groupes de recherche d'emploi, offerts par Emploi-Québec et par des organismes communautaires collaborateurs, pour compléter leur offre de services.

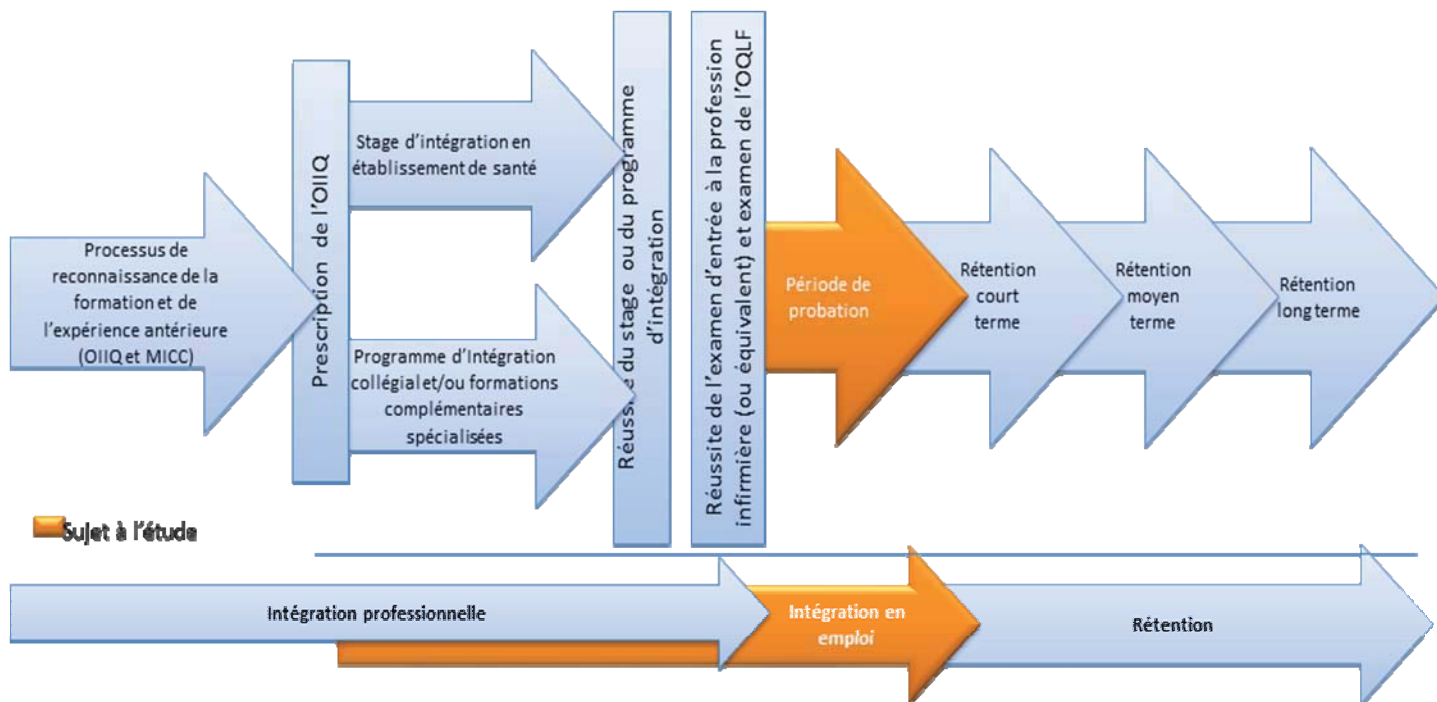


Figure V: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Période de probation en emploi

### 2.6.2 Période de probation en emploi

La période de probation en emploi "concerne uniquement les employés nouvellement embauchés et constitue, de fait, la dernière étape du processus de sélection" (SISEQ 2011, p. 1, voir figure V, ci-dessus). Celle-ci permet d'évaluer les compétences du candidat, ainsi que sa compatibilité avec l'équipe de travail et les valeurs organisationnelles de l'établissement de santé. Tout comme pour la réussite du complément de formation et de l'examen de l'OIIQ, la réussite de la période de probation semble uniquement problématique pour les infirmières DHQ-AEC. En effet, sur les huit infirmières DHQ-AEC embauchées par un des établissements de santé de la région de Montréal, sept ont échoué à leur période de probation. Toutefois, aucune donnée officielle n'est actuellement disponible concernant le taux de

réussite des infirmières DHQ-AEC à la période de probation. D'où l'intérêt de se questionner sur cette période charnière de leur intégration en emploi.

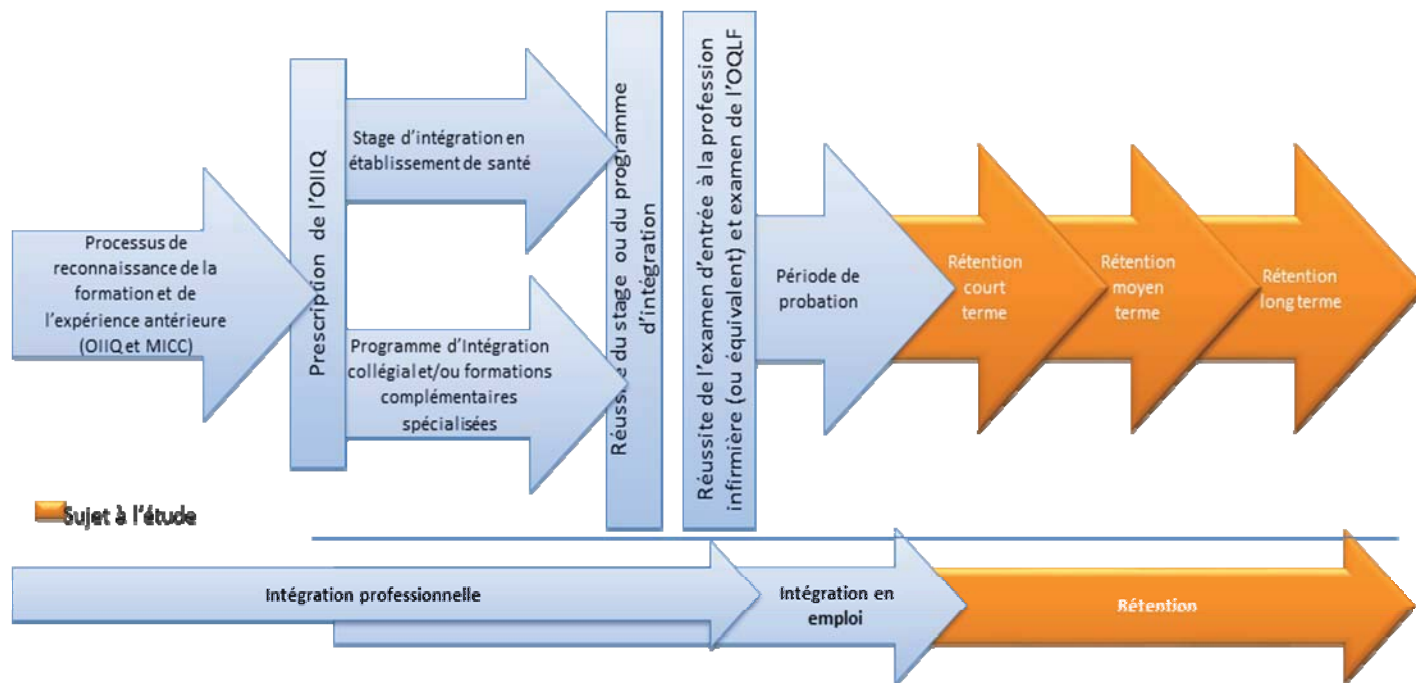


Figure VI: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Rétention en emploi

## 2.7 Rétention des infirmières DHQ en milieu de travail

Une fois l'intégration - tant professionnelle qu'en emploi - des infirmières DHQ réussie, celles-ci sont confrontées à une nouvelle problématique: celle de leur rétention dans le système de santé québécois. La rétention en emploi englobe à la fois la rétention court terme (1 an), à moyen terme (3 ans) et à long terme (5 ans). Cette section présente la problématique de la rétention à court, moyen et long terme des infirmières DHQ dans le système de santé québécois<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée concernant la rétention des infirmières dans leur établissement de santé, puisque les données compilées par l'OIIQ concernant le milieu de travail sont souvent inexactes.

Tableau III : Évolution du nombre d'infirmières diplômées hors Québec inscrites au Tableau de l'OIIQ de 2000-2001 à 2011-2012 (entrées et sorties)

	N <sup>bre</sup> total de membres	DHQ inscrites		Moins (sorties)		Plus (entrées)			Solde	DHQ inscrites l'année suivante
		Nombre	%	DHQ ne se réinscrivant pas	% <sup>1</sup>	Nouvelles DHQ	DHQ faisant un retour	Total		
au 31 mars	[1]	[2]	[3] = [2] / [1]	[4]	[5] = [4] / [2]	[6]	[7]	[8] = [6] + [7]	[9] = [8] - [4]	[10] = [2] + [9]
2001	64 941	3 099	4,8%	219	7,1%	126	37	163	-56	3 043
2002	64 910	3 043	4,7%	202	6,6%	181	30	211	9	3 052
2003	65 810	3 052	4,6%	231	7,6%	172	53	225	-6	3 046
2004	66 955	3 046	4,5%	246	8,1%	199	49	248	2	3 048
2005	67 792	3 048	4,5%	242	7,9%	166	40	206	-36	3 012
2006	68 754	3 012	4,4%	238	7,9%	138	50	188	-50	2 962
2007	69 765	2 962	4,2%	267	9,0%	189	67	256	-11	2 951
2008	70 181	2 951	4,2%	247	8,4%	210	56	266	19	2 970
2009	70 587	2 970	4,2%	235	7,9%	239	68	307	72	3 042
2010	71 371	3 042	4,3%	228	7,5%	362	55	417	189	3 231
2011	71 399	3 231	4,5%	265	8,2%	432	44	476	211	3 442
2012	72 169	3 442	4,8%							

1. En moyenne, à chaque année, 4,5 % de l'ensemble des membres ne renouvellent pas leur inscription au Tableau.

Source : OIIQ 2013

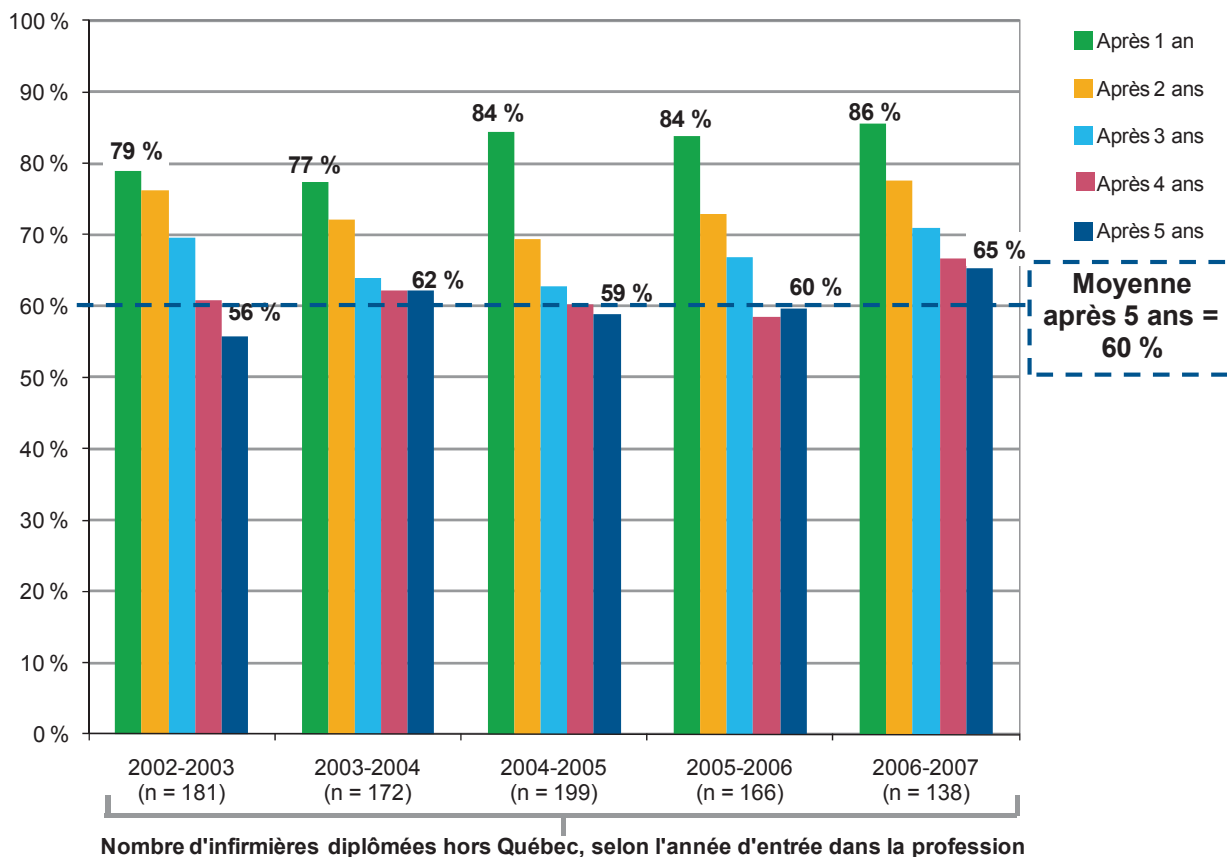
Entre 1999-2000 et 2009-2010, le nombre annuel de nouvelles infirmières DHQ inscrites au Tableau de l'OIIQ a plus que triplé (soit une augmentation de 350%, voir tableau III, ci-dessus). Pourtant, le nombre absolu de DHQ inscrites au Tableau n'a augmenté que de 11 % pour la même période. Selon l'OIIQ, la situation s'expliquerait par une faible rétention à moyen et long terme des DHQ. Ainsi, chaque année et ce depuis 1999-2000, près de 8 % des infirmières DHQ ne se réinscrivent pas au Tableau de l'OIIQ, contre 4,5 % pour l'ensemble des infirmières. De plus, les retours à la profession des infirmières DHQ ont diminué, que se soit en nombre absolu (diminution de 18 % en 2011-2012, n= 44, vs moyenne 2001-2002/2011-2012, n=50), ou en pourcentage de la main-d'œuvre DHQ (diminution de 50%, où les retours de DHQ représentaient 20 % de l'ensemble de la main-d'œuvre DHQ en 2001-2002 vs. 10 % en 2011-2012, voir tableau IV, ci-dessous).

Tableau IV : Nombre d'infirmières DHQ selon l'année de délivrance du permis, 2001-2002 à 2011-2012, et proportion selon la dernière année d'inscription au Tableau (en date de décembre 2012)

Année de délivrance du permis	Dernière année d'inscription au tableau												2012-2013 (année en cours)*	Total
	jamais inscrit	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		
2001-2002	1 .8%	27 21,4%	10 7,9%	5 4,0%	7 5,6%	3 2,4%	1 .8%	2 1,6%	2 1,6%	2 1,6%	2 1,6%	3 2,4%	61 48,4%	126 100,0%
2002-2003	5 2,6%	0 .0%	32 16,8%	14 7,4%	9 4,7%	13 6,8%	4 2,1%	4 2,1%	5 2,6%	5 2,6%	2 1,1%	4 2,1%	93 48,9%	190 100,0%
2003-2004	5 2,8%	0 .0%	0 .0%	27 15,1%	14 7,8%	9 5,0%	6 3,4%	6 3,4%	4 2,2%	3 1,7%	5 2,8%	7 3,9%	93 52,0%	179 100,0%
2004-2005	3 1,4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 13,0%	22 10,6%	18 8,7%	9 4,3%	5 2,4%	2 1,0%	3 1,4%	7 3,4%	111 53,6%	207 100,0%
2005-2006	3 1,8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	19 11,5%	20 12,1%	11 6,7%	13 7,9%	0 .0%	4 2,4%	5 3,0%	90 54,5%	165 100,0%
2006-2007	2 1,4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	13 9,3%	11 7,9%	10 7,1%	4 2,9%	5 3,6%	3 2,1%	92 65,7%	140 100,0%
2007-2008	2 1,0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	12 6,2%	13 6,7%	5 2,6%	7 3,6%	8 4,1%	147 75,8%	194 100,0%
2008-2009	9 4,0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	15 6,7%	13 5,8%	7 3,1%	17 7,6%	164 72,9%	225 100,0%
2009-2010	2 .8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 9,2%	23 7,2%	18 6,4%	16 76,3%	190 100,0%
2010-2011	3 .8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 11,4%	42 8,7%	32 79,0%	290 100,0%
2011-2012	7 1,6%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	70 15,9%	364 82,5%	441 100,0%
Total	42 1,7%	27 1,1%	42 1,7%	46 1,9%	57 2,3%	66 2,7%	62 2,5%	55 2,2%	67 2,7%	57 2,3%	95 3,8%	172 6,9%	1695 68,3%	2483 100,0%

Source : OIIQ 2013

L'examen des suivis de cohortes des DHQ inscrites au Tableau de l'OIIQ depuis 2000-2001 est encore plus explicite. Ainsi, seulement 65 % des infirmières DHQ ayant intégré le marché du travail en 2006-2007 sont encore titulaires d'un permis d'exercice en 2011-2012 (voir tableau IV, ci-dessus). Quant aux infirmières DHQ dont le permis a été délivré en 2001-2002, moins de la moitié d'entre-elles (48.4 %) sont encore titulaires d'un permis d'exercice en 2011-2012.



Graphique III : Nombre d’infirmières diplômées hors Québec selon l’année d’entrée dans la profession, 2002-2003 à 2006-2007, et proportion renouvelant leur droit d’exercice après 1, 2, 3, 4 et 5 ans, OIIQ 2013

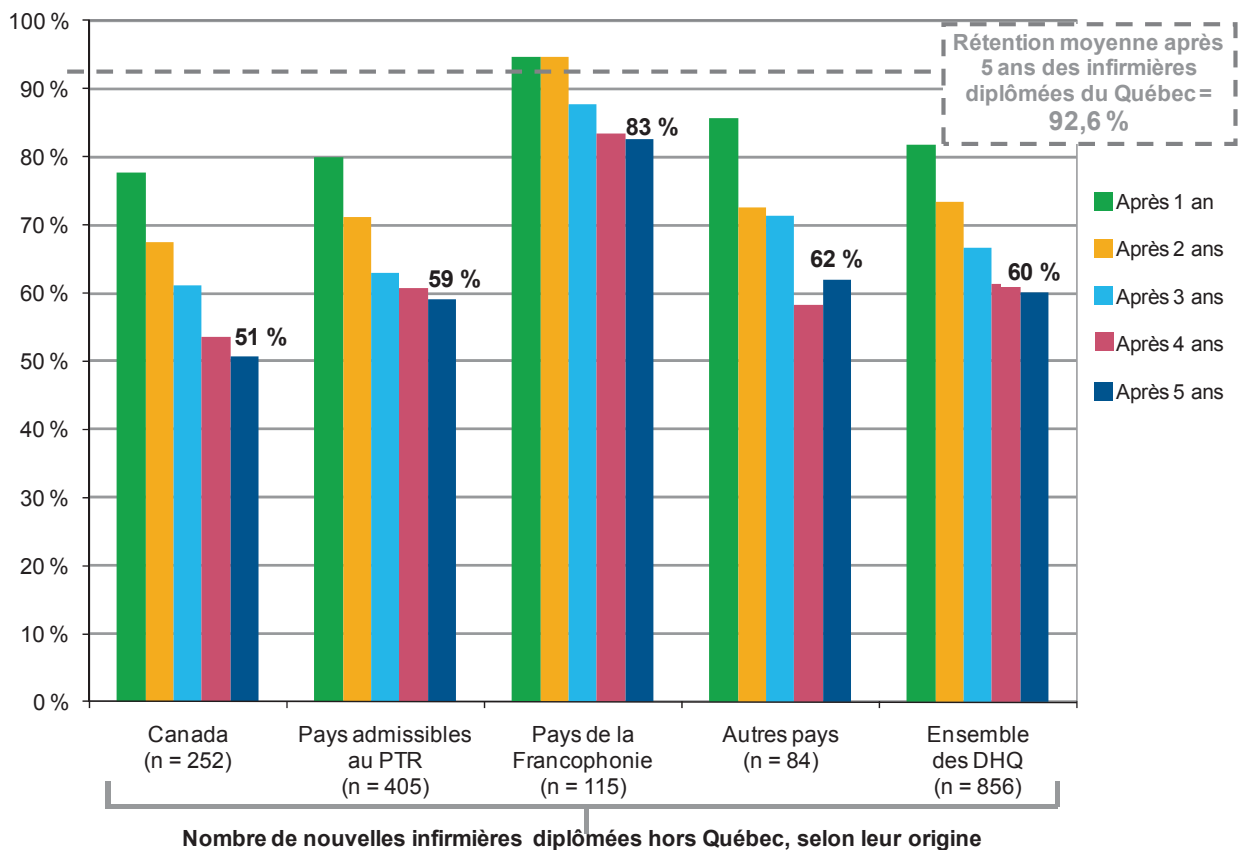
La situation de la rétention des DHQ est d’autant problématique si on la compare à celle des infirmières formées au Québec. Pour la période de 2001-2002 à 2003-2004, les infirmières DHQ ont des taux de rétention après 5 ans de 60 % en moyenne, contre 92.6 % pour les infirmières diplômées du Québec (OIIQ, 2013 – voir graphique III, ci-dessus). Les problèmes de rétention semblent toutefois plus prononcés durant la première année, où en moyenne 20 % des infirmières DHQ prennent la décision de quitter la profession pour la période 2001-2002 à



2011-2012 (voir tableau IV, ci-dessus), contre 2 à 4 % pour les infirmières formées au Québec. La proportion de nouvelles infirmières DHQ renouvelant leur droit d'exercice après cinq ans varie d'autant plus en fonction du pays de formation. Si bien que la question de la rétention des DHQ est en fait le reflet de deux problématiques distinctes : d'un côté celle de la rétention des migrants interprovinciaux – dites diplômées canadiennes hors Québec (DCHQ), et de l'autre celle des immigrants internationaux - dites diplômées hors Canada DHC.

### **2.7.1 Rétention des infirmières diplômées canadiennes hors Québec (DCHQ)**

Au Québec, les infirmières DCHQ représentent près de la moitié des nouvelles infirmières DHQ ayant intégré le marché du travail entre 1999-2000 et 2008-2009 (OIIQ 2010b). Pourtant, malgré l'augmentation du nombre annuel de nouvelles infirmières immigrantes détenant un permis d'exercice de la profession infirmière au Québec valide (OIIQ 2010b), le nombre absolu et la proportion de la main-d'œuvre du Québec formée dans les autres provinces canadiennes sont constants depuis 1999-2000 (ICIS 2010, 2009, 2007, 2006, 2005, 2004, 2003). D'ailleurs, avec 1.7 %, le Québec est la province ayant le taux le plus bas d'infirmières diplômées au Canada hors province (ICIS 2010).



Graphique IV: Nombre d’infirmières diplômées hors Québec ayant fait leur entrée dans la profession de 2002-2003 à 2006-2007 selon l’origine, et proportion renouvelant leur droit d’exercice après 1, 2, 3, 4 et 5 ans, OIIQ 2013

### 2.7.2 Rétention des infirmières diplômées hors Canada (DHC)

Au sein même de la population immigrante, les taux de rétention varient considérablement selon la provenance des infirmières DHC. Ainsi, si les infirmières DHC provenant de certains des pays de la francophonie (Haïti, Maghreb) ont des taux de rétention après cinq ans relativement similaires à ceux des infirmières formées au Québec (83% vs 92.6% - voir graphique IV, ci-dessus), la situation est fort différente pour les infirmières des pays pouvant

se prévaloir de la reconnaissance des diplômes tels que la France et le Liban (59%) ou provenant de pays allophones ou anglophones (62%). Par conséquent, le solde d'infirmières DHC titulaires d'un permis de l'OIIQ a été plus souvent négatif que positif depuis 2001-2002 (voir tableau IV, ci-dessus p. 23). Force est de constater que, si les infirmières DHQ semblent avoir de plus en plus de facilité à intégrer le marché de l'emploi, elles n'y restent pas à moyen et long terme. Cette situation est similaire à celle observée dans la majorité des pays occidentaux, où l'augmentation des flux migratoires ne s'est pas systématiquement traduite en une augmentation à moyen et long terme du nombre absolu de professionnels de la santé.

## **2.8 Implications**

Le Québec est loin d'être le seul confronté à cette problématique. Les difficultés d'adaptation de la main-d'œuvre immigrante est fréquemment soulevée tant par les pays d'accueil (Australian Government Department of Health and Aging 2008) que par les auteurs s'intéressant aux trajectoires d'immigration des professionnels de la santé (Chege et Garon 2010, Buchan 2003). Une deuxième province canadienne, l'Ontario, a d'ailleurs financé le projet d'un guide pour soutenir les établissements de santé dans le cadre de la transition socioprofessionnelle des infirmières diplômées hors Canada (DHC) (NHSRU, 2011). En parallèle, une étude pancanadienne a été lancée en 2013 afin de cibler les facteurs favorisant la mobilité et le cheminement de carrière. Tous déplorent le peu d'informations accessibles quant aux facteurs explicatifs de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme des infirmières migrantes. Pourtant, la disponibilité de ces informations faciliterait le travail d'intégration et de rétention des gestionnaires et des responsables des ressources humaines. Cette étude exploratoire vise à contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

## 2.9 Objectif général de recherche

Cette étude vise à comprendre les facteurs explicatifs de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi. Plus spécifiquement, celle-ci se concentrera sur quatre processus, à savoir la formation d'appoint, la période de probation, la rétention à court (1 an) et moyen terme (3 ans) (voir les processus surlignés dans la Figure VII - ci-dessous). À la lumière des résultats obtenus, des pistes de réflexions seront soulevées afin, dans un premier temps, d'améliorer le taux de réussite des infirmières DHQ au programme et dans un deuxième temps de faciliter l'intégration en emploi et améliorer la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi. La prochaine section propose une recension de la littérature portant sur l'intégration et sur la rétention des infirmières immigrantes.

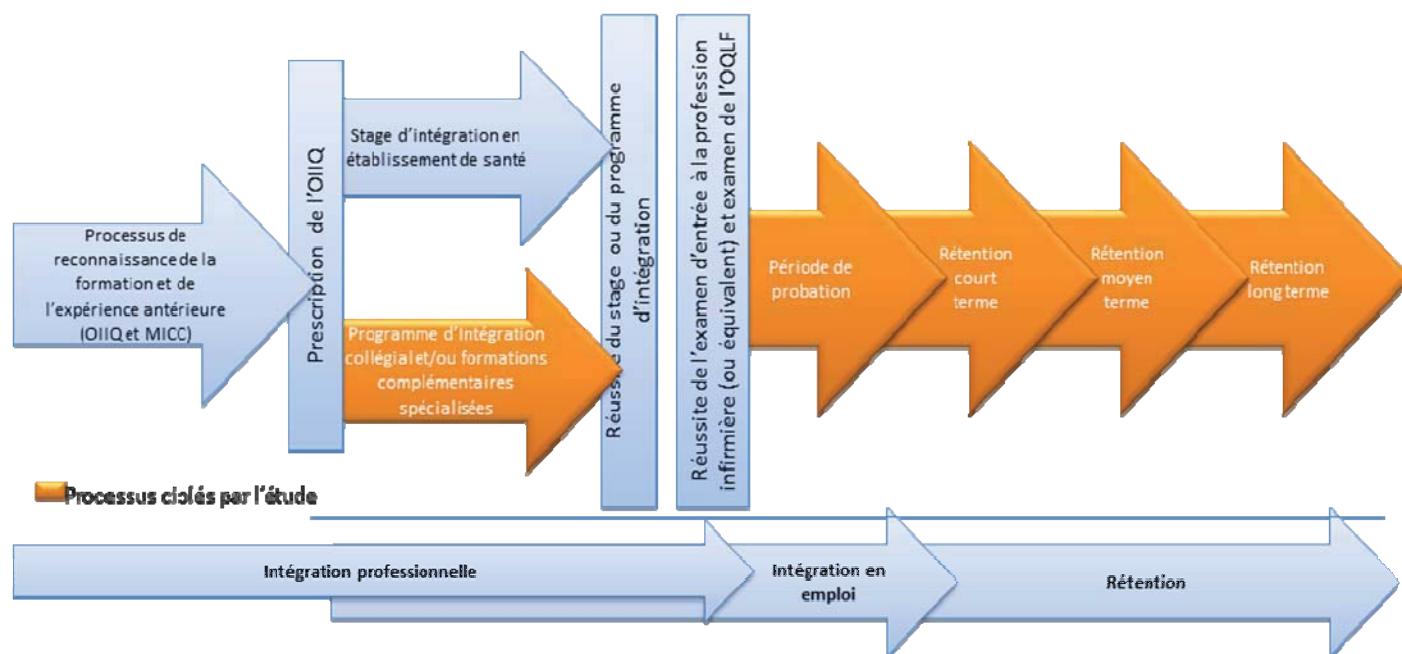


Figure VII: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Processus ciblés par cette étude

### **3. Recension de la littérature**

Cette section propose, dans un premier temps, un survol de la littérature portant sur l'intégration professionnelle et en emploi des infirmières formées à l'étranger et, dans un deuxième temps, d'explorer celle en lien à leur rétention, que ce soit en emploi ou dans la profession infirmière.

#### **3.1 Recension de la littérature traitant de l'intégration professionnelle et en emploi des infirmières formées à l'étranger**

Ce manuscrit propose une recension intégrative des connaissances des obstacles auxquels sont confrontées les infirmières formées à l'étranger et des facteurs facilitant leur processus d'intégration. Cet article a été publié dans le Healthcare Manager Journal, dans le numéro de juillet/septembre 2014.

---

#### **Foreign Trained Nurses' Integration Experience: a Literature Review**

**AUTHORS:** PRIMEAU, M.-D., PHD (C), CHAMPAGNE, F., PHD, & LAVOIE-TREMBLAY, M., MSc. NURSING, PHD.

#### **ABSTRACT**

This article examines the evidence available on obstacles and facilitating factors for the professional and workplace integration of internationally educated nurses (IENs), and tries to generate best practices concerning their workforce integration. In the nursing shortage context, more and more attention is given to IENs recruitment. Still, IENs integration experiences into their new environment are strenuous. Differences in nursing practice and in cultural values,

communicational barriers, discrimination and competency recognition delays complicate this transition. Yet few guidelines are found concerning the best practices to implement to ease this process. This literature review suggests the necessity for a collaborative approach of IENs integration.

#### **KEY WORDS**

Professional integration, internationally educated nurses, transitioning program

A majority of industrialised countries are currently confronting a shortage of professional health care workers (Saeed, 2010). In the United States alone, by 2025, 260,000 additional nurses will be needed to meet new demands and replace retired staff (Buerhaus et al., 2007). Far from abating, the nurse shortage is expected to spread to all U.S. states between 2009 and 2030 (Juraschek, Zhang, Ranganathan, & Lin, 2012). To confront the shortage of nursing staff, growing interest has focused on recruiting internationally educated nurses (IENs). Not only are IENs seen as a way to fulfil the growing need of local populations, but they also are seen as a way to develop nursing practice by facilitating exposure to new techniques and guidelines. Despite the many advantages inherent in hiring IENs, their mid- and long-term integration into organizations seems plainly problematic (Baumann & Blythe, 2009). For instance, in Quebec (one of Canada's provinces), only six out of ten IENs who were issued their nursing practice licence between 2002-2003 and 2006-2007 (n=856) still had one five years after it was issued (2013). This situation is all the more disturbing if we consider the high human and economic costs involved in replacing one nurse (\$22,000 - \$64,000 for each full-time nurse in the United States, according to Jones & Gates (2007)). In their efforts to

more effectively integrate IENs, decision-makers and managers face a lack of evidentiary data. The objectives of this article are first to describe research findings related to IEN professional integration obstacles, and then to identify key strategies for their professional integration.

## **METHOD**

To ensure rigor, our approach to this literature review is based on the “Five Stages of Integrative Research Review” by Cooper (1989). Initially, all empirical studies on the retention of foreign-trained nurses published between January 1990 and March 2013 in English, French or Spanish were included. Based on their relevance to the topic, six data bases were identified: REPERE, CINAHL, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews, Web of Science and Medline. Every study on the socio-cultural and professional retention and integration of internationally educated nurses was included in the research, along with articles on migrant nurse integration programs. The keywords, used in combination, are: “Transcultural,” “nurs\*,” “International,” “foreign,” “foreign nurse,” “nurse and migration,” “nurse and international.”

*Inclusion criteria:* A list of inclusion criteria was developed to make the articles easier to process (see Table V, en annexe 2). Of the 7,389 references, 71 passed the first screening and 7,318 were eliminated. The bibliography of the documents selected was analyzed, and ten additional articles were consulted. None of these articles were selected. After a reading, one of the articles, Vapor & Xu (2011), was excluded because it concerned physicians who had become nurses post-migration after their host countries withheld certification of their medical credentials. A second article was excluded because it pertained to a thesis (Jose, 2008) that had already been included. A third article (2008) was also set aside because it concerned

follow-up after 3 years of a cohort examined in another article that had been included (Palese, Barba, Borghi, Mesaglio, & Brusaferrò, 2007). Considering the consistencies evident in the studies' observations, only those published in the past 10 years (March 2003 to March 2013) were retained. This second screening stage reduced the number to 53: 0 for REPERE, 0 for Embase and Cochrane, 5 for Medline, 39 for Web of Science and 9 for CINAHL. The selected documents are written in bold in the bibliography. To make the documents easier to understand, the literature review was divided into two parts: the first part relates to IENs integration obstacles, and the second, to strategies for fostering their practice transition and socio-professional integration.

#### *Obstacles to IENs Early Professional Integration*

There are many definitions of “integration” (see Durkheim (1893) or more recently on cultural integration Berry (2009)): yet the purpose of this article is not to explore them. As a human resources/administrative point of view, early workforce integration can plainly be measured as the ability - or not- for an employee to pass its probation period (Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, 2010). This suggests the new resource has met the - often implicit - professional, technical and social standards of the organisation. While limiting, we believe it is the best indicator available at this point of time to operationalize this complex concept. The literature review drew attention to six major obstacle confronting IENs workforce integration: the recognition of skills and past experience; differences in nursing practice; differences in technologies; communication barriers; cultural differences; and discrimination by team members, managers and patients.



**Recognition of the Skills and Professional Experience of IENs** For IENs, access to the labour market of the host country is a long-term undertaking (American Organization of Nurse Executives, 2007). The complications inherent in the migration process (Jose, 2008) and the length of process involved in obtaining recognition for qualifications and past experience affect the migrant's workforce entry process (Palese et al., 2007). Even after the certification process ends, the lack of local experience force some IENs to work as volunteers – some up to six or twelve months - before they eventually obtained paid work (Ronquillo, Boschma, Wong, & Quiney, 2011). IENs mentioned their difficulty in accepting that their education and past experience were not fully recognized (Alexis & Vydelingum, 2009; Higginbottom, 2011; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). In fact, many internationally educated nurses believe that their level of practice is not representative of their roles, responsibilities or experience, and they see this situation as one of “de-skilling” (Buchan, Jobanputra, Gough, & Hutt, 2006; Ibitayo, 2011; Smith, Fisher, & Mercer, 2011) and as a limitation on their employment options (Murphy, 2008). This situation generates deep resentment among certain immigrant nurses, to the point that they question their professionalism (Alexis & Vydelingum, 2005; DiCicco-Bloom, 2004).

**Diversity in Nursing Practice** Practice-related differences reflect cultural values that exceed the boundaries of clinical training (Xu, Gutierrez, & Kim, 2008). While recognizing an “essence of nursing care” common to both environments (Smith et al., 2011), internationally-trained nurses "discover the nuances in nursing practices" (Murphy, 2008) in the first few months of their employment, for example, regarding the duties and specialization of the work (Takeno, 2010; Tregunno, Peters, Campbell, & Gordon, 2009), the approach to care (Alexis &

Vydelingum, 2004; Beaton & Walsh, 2010), and differences in time management and efficiency requirements (2008). Major differences have also been identified in terms of the hierarchical distance evident within organizations, particularly in their relations with other professionals on the health care team, whether physicians or health care aides, in the autonomy required of nurses in their practice and in the deep involvement of patients in their care (Murphy, 2008; Palese et al., 2008; Zhou, Windsor, Coyer, & Theobald, 2010). Conversely, the limited involvement of families, particularly in caring for the elderly, causes many internationally educated nurses confusion and frustration (Liou & Cheng, 2011; Xu et al., 2008). Some IENs go so far as to question the professionalism of nurses in their host country, particularly because of physical care aspects included in the nurse's role (Takeno, 2010).

**Technological Differences** Differences in unfamiliar technologies and equipment also seem to be major obstacles to IEN adaptation to their new environment (Chege & Garon, 2010; Palese et al., 2007; Smith et al., 2011; Tregunno et al., 2009). These technology gaps often combine with a reluctance to ask questions for fear of appearing incompetent in the eyes of their colleagues (Allan & Larsen, 2003). For some IENs, these differences form part of a "culture shock" (Withers & Snowball, 2003) that causes them to question their professional identity.

**Communication Barriers** Language problems are identified as a serious barrier to the integration of internationally educated nurses (Blythe, Baumann, Rhéaume, & McIntosh, 2009; Newton, Pillay, & Higginbottom, 2012; O'Neill, 2011). Language constraints among immigrant nurses are especially problematic given the complexities of clinical practice (Allan,

Larsen, Bryan, & Smith, 2004) and the health risks associated with any misunderstanding of care-related instructions (Xu et al., 2008). To remedy these shortfalls, some IENs “made a point of making a conscious effort to modify their own accent” (Jose, 2008), while others used humour to avoid attracting attention to their communication-related difficulties (Tregunno et al., 2009). Even nurses in settings where the host country language is the same as the IEN’s first language, differences exist, particularly in the jargon used and accents (Chege & Garon, 2010; Deegan & Simkin, 2010; Ibitayo, 2011) as well as the technical names of medications and equipment (De Veer, Den Ouden, & Francke, 2004). One nurse described the situation by saying, “it was like running out of English” (Murphy, 2008). Once they develop a degree of proficiency in the local language, immigrant nurses confront another problem: their fellow team members and their patients often overestimate their language abilities (Magnusdottir, 2005).

IENs seem as well to have difficulty with some aspects of non-verbal communication, like smiling and making eye-contact during conversations (Jose, 2008). Non-verbal cues being more difficult to decode, it thus take IENs more time to adapt to this new communication style (Murphy, 2008). These verbal or non-verbal communication obstacles make it more difficult to clarify roles and responsibilities, thus causing tension and misunderstanding within health care teams (Liou & Cheng, 2011). This generates considerable stress and anxiety in IENs (Tregunno et al., 2009), sometimes to the point that they doubt their professionalism (Alexis & Vydelingum, 2005; Deegan & Simkin, 2010).

**Different Values** Steers and Sanchez (2002) suggest that culture influences many factors that call for consideration in studying the integration process; these include personal beliefs and values; individual tolerance for ambiguity; standards pertaining to work ethics and the nature of "success"; socialization; and the structure of political and legal systems. The difficulty inherent in managing this dual identity and the resulting confusion were clearly underscored by one participant in the study by DiCicco-Bloom (2004), who felt that she had “*a foot here (America), a foot there (India), a foot nowhere.*” To be accepted, IENs try to act like local nurses, feeling “of one face, two masks, or in being Chinese now and not being Chinese later depending upon the context (Zhou et al., 2010). This adaptation is complexed. As one IEN puts it, « It was extremely challenging to unlearn the values, beliefs, and behaviours acquired through one’s primary socialization. [...] Oftentimes, there were frequent conflicts between the “head” (cognition) and the “heart” (affect) (Xu et al., 2008).

**Discrimination** Discrimination may be overt or concealed, and immigrant nurses seem to be exposed to one or both forms of discriminatory behaviour in their daily lives (Alexis, Vydelingum, & Robbins, 2007). Some IENs spoke of *separateness* or *otherness* (Alexis & Vydelingum, 2004; Xu et al., 2008), while others felt invisible and stigmatized (Alexis et al., 2007; Newton et al., 2012), some going as far as expressing that they felt they were being treated as a *second-class citizen* (Ma, Quinn Griffin, Capitulo, & Fitzpatrick, 2010). In some situations, this perceived discrimination led some nurses to view their experience as exploitation (H. Allan & Larsen, 2003; Nichols & Campbell, 2010) or racism (Allan et al., 2004; Buchan, 2003; Ibitayo, 2011; Mapedzahama, Rudge, West, & Perron, 2012; Tregunno et al., 2009). Discrimination appears closely related to the ethnocultural background of the

immigrant. Alexis and Vydelingum (2005) went so far as to argue that racial issues underlie every other factor affecting the integration of immigrant nurses. Many internationally educated nurses perceive that their ethnic identity significantly limits their opportunities for professional advancement and development (Mapedzahama et al., 2012; Nichols & Campbell, 2010). Some victims of intimidation underscored their inability to confide in their hierarchical superiors for fear of retaliation (Alexis & Vydelingum, 2005) or of being sent back to their home country (Alexis et al., 2007).

Discrimination also occurs in dealings with patients. While some patients react positively to the presence of IEN nurses (Alexis et al., 2007), others disrespect (Smith et al., 2011) and ignore them, preferring to discuss their care only with nurses of the same ethnic background (Allan et al., 2004). One nurse mentioned a patient who had refused to allow her to administer care, saying, “I don’t want to be treated by a terrorist” (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). Patient attitudes toward immigrant nurses—whether positive or negative—have a significant impact on the IENs perception of their skills, and professional identity and, ultimately, their job satisfaction (Allan & Larsen, 2003). These negative experiences in dealing with patients, combined with other experiences within health care teams, significantly impede the socio-professional integration of immigrant nurses.

### *Action Strategies to Foster IENs' Workforce Integration*

The literature review shows that the success of IEN workforce integration seems contingent on two separate factors: a successful transition of practice (i.e. professional integration), and positive workplace integration<sup>4</sup>.

### *Nursing Practice Adaptation Programs*<sup>5</sup>

A wide range of nursing practice adaptation programs exist for IENs, varying in quality, content and duration. This situation results from the fact that although nursing integration programs are mandatory in some countries, including the United Kingdom and Quebec (Canada), they are optional and generally delivered by private entities in other countries, like the United States. Essentially, however, these programs involve equipping IENs with the tools, knowledge and abilities they require to enter the nursing profession in their host country. In general, the literature review underscored certain key components that seem helpful in achieving these objectives:

Specific IEN Language Training Although it rarely forms part of any transition programs, eleven of the documents surveyed underscored the importance of offering advanced-level

---

<sup>4</sup> VisaScreen certifies that the IEN has sufficient proficiency in English and knowledge to work in the United States as a nurse. However, these requirements are a supplement to specific state requirements.

<sup>5</sup> Few scientific studies of integration programs propose a program evaluation; when they do, the success of the undertaking is mostly evaluated according to the satisfaction of the persons involved. However, there are two exceptions : Gerrish and Griffith (2004) evaluate the success of an occupational integration program according to five factors : certification, the ability to practice, equal opportunity, promotion of an organizational culture that values cultural diversity and lastly, reduction of the nursing shortage. Bauman et al. (2012) suggest a complex evaluation of their program based on a theoretical model and offer various indicators ranging from participant satisfaction with the program to employment integration data.

language programs adapted to the individual training needs of IENs and geared to the workplace. Minimally, the courses should centre on “introducing, managing, and ending nurse-client interview, intercultural communication, documentation and reporting, communication assertively, technical vocabulary, telephone communication skills therapeutic skills and health teaching” (Baumann & Blythe, 2012), with a component on non-verbal language, particularly on making eye contact during conversations and voice projection (Boylston & Burnett, 2010).

Health Care System information A deeper understanding of the health care system (Alexis & Vydelingum, 2005; Allan & Larsen, 2003; Jose, 2008; Mc Gonagle, Halloran, & O’Reilly, 2004) and the host culture, both in terms of the national culture and organizational culture (Alexis & Vydelingum, 2005; Jose, 2008) can overcome this identity confusion by underscoring the similarities between cultures. This seems to foster the migrant nurse adjustment process.

Nursing Practice Development Workshops Whether through theoretical courses designed to harmonize practices or supervised laboratory practice, the literature review called attention to the importance of transitional support. This appears to enable IENs to develop their clinical and technological skills, while informing them about the daily activities expected in work units (Deegan & Simkin, 2010). Lastly, it is recommended that immigrant nurses receive terminological dictionaries and written protocol and procedural guides as reference materials to be used as needed (Palese et al., 2007; Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005).

Cultural Diversity and Cultural Competence Workshops This type of workshop seems to raise awareness about cultural diversity not only in the patient-nurse relationship but also within work teams, to encourage awareness of their own biases (Baumann & Blythe, 2012) and to address many other considerations such as the concept of death, the family's role in care and nurse leadership (Boylston & Burnett, 2010).

Support in Adapting to a New Living Environment IENs not only have to adapt to their new work environment, but also to a new living environment that is often quite different than the one they left behind in their home country (Murphy, 2008). Activities that include welcoming IENs on their arrival in the country, and helping them find housing and get their bearings in their new surroundings, seem to alleviate some of the stress related to the uncertainties of migration (Adeniran et al., 2008; Allan et al., 2004; Ibitayo, 2011; Parry & Lipp, 2006).

Workforce Introduction Workshops The steps involved in finding work, such as writing cover letters or participating in interviews, are often challenging for IENs (De Veer et al., 2004). Support through job coaching or mock interviews, as well as interview preparation kits, seems to boost the IENs' confidence in their skills and their performance during job interviews (Baumann & Blythe, 2012).

### *Workplace Integration*

Yet, a successful transition of practice doesn't seem to be enough. Adjusting to a new work environment is an essential step in the IENs workforce integration process. Based on the literature review, four strategies make it easier for the IENs to integrate into their workplace:



an orientation period adapted to the specific needs of IENs, mentoring and buddy system programs, continuous training programs and lastly, promotion of a work environment that maximizes the benefits of a diversified workforce.

Orientation Period Similar to practice transition programs, the content and form of the orientation periods offered to IENs by health care establishments vary tremendously. The availability of an initial orientation period specifically adapted to the needs of internationally educated nurses (Allan et al., 2004; Palese et al., 2007) seems vital to the successful professional integration of IENs. It not only alleviates their anxiety (Allan & Larsen, 2003; Hayne, Gerhardt, & Davis, 2009), but shows them “what they need to learn and unlearn”(Allan et al., 2004). This process determines the length of their orientation, although generally speaking, IENs require a longer orientation than locally-trained nurses (from 12 to 16 weeks, and sometimes up to six months) (Baumann, Blythe, Rheaume, & McKintosh, 2006; Gerrish & Griffith, 2004; Nease, 2009; Sherman & Eggenberger, 2008). It is recommended that IENs be integrated into the health care units of a specialty in which they worked before, in their home country; the patient/IEN ratio will also be lower than it would be during regular orientation. This common base of knowledge allows them to identify similarities between the two practice environments, lower their acculturation stress and foster their adjustment to the new practice (Palese et al., 2007). Furthermore, integrating new IENs into units where they can turn to IENs already integrated for support facilitates their professional and personal integration (Sherman & Eggenberger, 2008).

Mentoring and the Buddy System Two strategies seem to foster IEN integration: mentoring and the buddy system (Baumann et al., 2006; Palese et al., 2007; Sherman & Eggenberger, 2008). In two separate studies (Cummins, 2009; Horner, 2004), 90% of IENs interviewed considered that preceptorship services had been useful or extremely useful to their workforce integration. Ma et al. (2010) observed that IENs who had participated in a long-term mentoring program had a higher level of work satisfaction and remained employed by their establishment longer than others who had not. They explained this situation as follows:

« Long-term mentoring could help these nurses get more insight into organizational culture, American culture, the American healthcare system, professional promotion procedures and language. In turn, mentoring can ease the demands associated with occupation, discrimination, language, loss and, eventually, feeling at home (p.449). »

As underscored by Hayne et al. (2009), “these social supports serve as cultural translators to the newcomers and ideally lead to an understanding of both cultures. The power of peer group support was the most important single factor enhancing successful adaptation”. A formal introduction to the team by the mentor also seems to lower the stress of entering a new workplace (Winkelmann-Gleed & Seeley, 2005). This support is especially beneficial if it comes from members of the same ethnic group as the internationally educated nurse (Alexis & Vydelingum, 2005). It seems to help the IEN adjust to the local culture while creating ties with expatriates of her home country and preserving her specific cultural identity (Nease, 2009).

Continuous Training Program Continuous training is an important component of long-term integration (Okougha & Tilki, 2010). Interest in career development, exposure to new nursing practices and advanced technology, as well as opportunities to participate in continuous and

varied training programs unavailable in their home country are reasons why many internationally educated nurses immigrate in the first place (Deegan & Simkin, 2010; Larsen, Allan, Bryan, & Smith, 2005). Some tend to return to their home country if their career development expectations are not met. This underscores the importance that managers clarify expectations and identify advancement and training objectives (Adeniran et al., 2008) that allow the IENs to reach their full potential.

Work Environment Awareness Support from members of the health care team and managers significantly influences immigrant nurse integration (Hayne et al., 2009; Liou & Grobe, 2008; Liou & Cheng, 2011). Conversely, a lack of support from locally-trained nurses was mentioned as an important obstacle to internationally educated nurse integration (Alexis & Vydelingum, 2005; Baumann & Blythe, 2009; Jose, 2008). The aim is to create a work environment offering equal opportunities (Baumann & Blythe, 2012), where diversity is perceived as an asset, not a liability. For that reason, intercultural training is important for work teams (Gerrish & Griffith, 2004). Nease (2009) underscores that educational materials should include information on the benefits of a diversified work force and the certification process for IENs in addition to information on the country, customs, values and nursing practice in the IEN's home country. This information helps the team gain trust in the skills of the IEN and set realistic expectations on her performance, and fosters understanding between both groups. Sherman and Eggenberger (2008) adds that managers must be made aware of the power-distance issue with managers and encourage English practice in the unit and the development of IEN autonomy. Another course of action would be to involve one or more

members of the team in the interview process, which also seems to create a sense of commitment between them and the IEN (Nease, 2009).

## **CONCLUSION**

Apart from the direct contribution of qualified labour, immigration by health professionals entails many benefits. It enables the host country to improve its quality of care, fosters the transfer of knowledge, and reduces the labour training costs of the host country (Baumann et al., 2006). Furthermore, in many multi-ethnic societies like the United States, where an increasingly large proportion of the population (12.5% in 2010, vs. 4.7% between 1970-1995 (Bureau of Foreign Affaires, 2012) was born abroad, the availability of health care professionals from ethnocultural minority groups makes it possible to more effectively meet the specific needs of an often marginalized population. Thus the importance of implanting strategies to better integrate this population. Integration into a new culture is a complex phenomenon (Zhou et al., 2010). Many factors can assist or impede adaptation, as the literature review on the IEN integration experience shows. IENs must not only adjust to their new work environment, but also to a living environment often quite different than the one they knew in their home country (Murphy, 2008). And although our literature review allowed us to pinpoint a few strategies that facilitate this transition, applying them demands a multi-dimensional approach. For that reason, a collaborative approach involving governmental stakeholders, health care establishments and teaching institutions is needed to collectively confront this multi-faceted issue.

### **3.1.1 Résumé de l'article de recension de la littérature**

En résumé, le processus d'intégration en emploi des infirmières formées à l'étranger est un processus complexe, influencé par de nombreux facteurs distincts. Mais qu'en est-il de leur processus d'intégration professionnelle? La prochaine section porte sur les facteurs explicatifs de la réussite des infirmières formées à l'étranger à une étape centrale de leur intégration professionnelle: l'examen d'entrée à la profession infirmière dans le pays d'accueil.

### **3.2 Recension de la littérature sur les facteurs explicatifs de la réussite des infirmières formées à l'étranger à l'examen d'entrée à la profession infirmière**

De nombreux acteurs soulignent que les infirmières formées à l'étranger ont des taux de réussite à l'examen d'entrée à la profession plus faible que les infirmières locales, et cela, que ce soit au Québec, dans le reste du Canada, ou dans les autres pays occidentaux (OIIQ 2014). Or, à l'heure actuelle, une seule étude s'est penchée sur les facteurs explicatifs de la réussite des infirmières formées à l'étranger à l'examen d'entrée à la profession. Primeau et Philibert (2014) se sont intéressées aux facteurs explicatifs de la réussite des infirmières diplômées hors Canada ayant complété leur stage d'intégration dans un milieu collégial de la région montréalaise (DHC-AEC<sup>6</sup>). Par le biais de quatorze entretiens semi-dirigés (six avec des infirmières DHC ayant réussi l'examen d'entrée au premier essai, cinq au deuxième ou troisième essai, et trois ayant échoué au nombre maximum de tentatives permises durant leur période d'éligibilité à l'examen -2 ans/3 essais), les auteures ont ciblé les obstacles et facteurs facilitant la réussite à l'examen d'entrée à la profession infirmière au Québec. Les résultats de cette étude exploratoire démontrent que les infirmières DHC-AEC échouent principalement au

---

<sup>6</sup> AEC est l'acronyme d'une Attestation d'Études Collégiales.

volet pratique (ECOS) de l'examen de l'OIIQ, alors qu'elles ont peu ou pas de difficultés avec le volet théorique. Selon les infirmières DHQ interrogées, certaines lacunes dans la formation clinique offerte par le programme d'*Intégration* favoriseraient ces échecs, à savoir : le peu – ou l'absence pour certaines cohortes du programme - de pratique d'ECOS dans le cadre de la formation d'appoint, l'insuffisance du nombre d'heures de pratique de laboratoires et de stages adéquats et l'inadéquation entre la matière abordée lors de la formation d'appoint versus celle évaluée lors de l'examen de l'OIIQ. Afin de pallier à ces lacunes, les infirmières DHQ participant à l'étude ont adopté certaines stratégies, soit : la formation de groupes d'étude, le suivi de cours particuliers complémentaires et l'intégration en emploi dans le système de la santé québécois en tant que Candidate à l'Exercice de la Profession Infirmière (CEPI) ou préposé aux bénéficiaires (PAB). L'étude a de plus identifié trois catégories de facteurs psychosociaux qui interagissent (que ce soit positivement ou négativement) avec le processus de transition de pratique des infirmières DHQ-AEC, et par conséquent sur leur réussite à l'examen de l'OIIQ. Ces facteurs sont: la conciliation travail-vie de famille-études, la gestion du stress et la qualité du réseau social.

Ces résultats font écho à ceux soulevés dans les études s'intéressant aux facteurs explicatifs de réussite des infirmières à l'examen d'entrée à la profession. Le contenu et l'approche éducative des programmes de formation en soins infirmiers semblent avoir une influence importante sur la performance des infirmières à l'examen d'entrée à la profession (Davenport 2007). L'origine ethnoculturelle semble de plus avoir une influence tant sur les résultats que sur les probabilités de réussite de l'examen d'entrée à la profession infirmière (Haas, Nugent & Rule, 2004). En effet, les infirmières membres de minorités, même formées localement, ont des taux de

réussite à l'examen d'entrée à la profession inférieurs aux infirmières non membres de minorités. Ce qui laisse présager un potentiel de biais lié à l'origine ethnoculturelle des participants (De Lima, London & Manieri, 2013). D'où l'intérêt de prendre en compte cette variable dans notre étude.

Tout comme l'intégration en emploi, l'intégration professionnelle semble comporter des obstacles supplémentaires pour les infirmières formées à l'étranger. Mais ces difficultés vont-elles se perpétuer tout le long de leur cheminement de carrière? La section suivante présente un survol la littérature portant sur la rétention des infirmières formées à l'étranger dans leur pays d'accueil.

### **3.3 Recension de la littérature sur la problématique de la rétention des infirmières formées à l'étranger**

Il n'existe actuellement aucune étude portant spécifiquement sur les facteurs explicatifs de la rétention des infirmières formées à l'étranger. Quoiqu'il en soit, la question de la rétention des infirmières DHQ s'articule autour de deux littératures principales; d'un côté, le phénomène de la rétention infirmière; de l'autre, la question de l'interculturalité et des concepts sous-tendant celle-ci, à savoir la culture ainsi que le processus d'acculturation.

#### **3.3.1 Rétention infirmière**

L'action de quitter un emploi peut généralement s'expliquer soit par un départ à la retraite, un congédiement ou un départ volontaire (*voluntary withdrawal*). Si les deux premières sont largement influencées par des décisions de gestion, la troisième consiste en une décision

volontaire et individuelle de la part de l'employé de quitter son emploi (Winterton, 2004). La rétention de la main-d'œuvre infirmière, soit l'habileté des organisations à maintenir un travailleur à son emploi, est un phénomène largement étudié. Or, celui-ci a été abordé par plusieurs disciplines, que ce soit dans un angle individuel, organisationnel ou économique. Dans leur revue compréhensive de la littérature, Hayes et al. (2009) ont proposé un survol des différents modèles de rétention de la main-d'œuvre infirmière. Selon ces auteurs, tout comme pour Borda et Norman (1997), Coomber et Barriball (2007) et Winterton (2004), l'insatisfaction face au travail et l'intention de quitter son emploi seraient les deux facteurs qui auraient le plus d'impact sur la rétention des infirmières, même si la force de cette relation varie grandement selon les études.

Il semble ainsi y avoir une forte corrélation négative entre le roulement de personnel infirmier et la satisfaction au travail<sup>7</sup> (Locke 1975, Vroom 1964, Latham 2008). Or, certains facteurs organisationnels semblent avoir un impact considérable sur la satisfaction au travail des infirmières et indirectement sur la rétention, soit de manière négative (la charge de travail élevée, et le stress et l'épuisement professionnel qu'elle peut entraîner); soit de manière positive (le style de gestion participative et le leadership infirmier, l'autonomie et l'*empowerment* infirmier, les opportunités de développement de carrière et de promotion et les

---

<sup>7</sup> Pour Herzberg, Mausher et Snyderman (1959), la satisfaction au travail est constituée de deux phénomènes distincts et indépendants; les facteurs de *satisfaction* ainsi que les facteurs d'*hygiène*. Ainsi, la présence de facteurs de satisfaction, ou facteurs intrinsèques (sentiment de réussite, reconnaissance, travail en soi, responsabilités, possibilités d'avancement), entraîne la satisfaction face au travail, alors qu'un manque dans les facteurs extrinsèques, ou facteurs d'hygiène (supervision, conditions physiques de travail, relations interpersonnelles, rémunération, gestion et sécurité d'emploi), va quant à lui créer un sentiment d'insatisfaction. L'influence des facteurs de satisfaction ou d'hygiène varie en fonction de la position hiérarchique, de la profession, de la personnalité et des valeurs de l'individu. Selon cette optique, la satisfaction au travail n'est pensable qu'une fois les facteurs d'hygiène comblés : ce seraient ces derniers qui auraient par conséquent le plus d'influence sur la rétention de la main-d'œuvre (Herzberg et al. 1959).



horaires de travail adaptés à la vie de famille, le professionnalisme et l'attachement à la profession (Haynes et al. 2009, Borda et Norman 2007). Dans cette logique, les problèmes de rétention des infirmières pourraient être expliqués par une faible satisfaction face à ces facteurs majoritairement organisationnels. Or, le peu d'études s'étant intéressées aux infirmières formées à l'étranger soulignent que celles-ci se montrent satisfaites ou très satisfaites de leurs conditions de travail dans les pays hôtes (Hardill et MacDonald 2000; McGonagle et al. 2004, Liou et Grobe 2008). Pourtant, le taux de rétention des infirmières DHQ est largement inférieur à celui des infirmières formées localement. On peut donc avancer comme hypothèse que les facteurs expliquant la faible rétention des DHQ diffèrent de ceux habituellement cités dans la littérature sur la rétention infirmière.

### **3.4 Résumé des connaissances actuelles quant à l'intégration et la rétention des infirmières formées à l'étranger**

En résumé, les infirmières formées à l'étranger semblent confrontées à de nombreux défis, que ce soit dans le contexte de leur intégration professionnelle, de leur intégration en emploi ou de leur intégration dans leur milieu de travail. Ces obstacles sont à la fois individuels, organisationnels et environnementaux. Toutefois, certaines phases de leur intégration - par exemple tout ce qui a trait à leur intégration professionnelle (examen de certification, programmes de transition) - ne sont que peu explorées à l'heure actuelle. Aussi, peu de différenciation des résultats en fonction de la phase d'intégration est réalisée dans les études actuelles. Si bien qu'il est impossible à l'heure actuelle de déterminer quels facteurs influencent la réussite des différentes phases d'intégration. Quant à ce qui a trait au phénomène de rétention, la recension de la littérature semble indiquer que les facteurs qui influenceraient la rétention des infirmières formées à l'étranger dans leur milieu d'emploi semblent différer de

ceux des infirmières formées localement. Pourtant, les raisons qui pourraient expliquer cette différence ne sont pas abordées dans les écrits actuels sur les infirmières formées à l'étranger : d'où l'intérêt d'utiliser un cadre d'analyse intégrant la question d'interculturalité et ses concepts sous-jacents de culture et d'acculturation.

## **4. Cadre conceptuel**

Cette section propose un survol des concepts centraux qui composent notre proposition de modèle conceptuel à savoir: la culture, le processus d'acculturation et de transition de pratique infirmière, les variables pré-acculturation et les variables d'interrelations durant l'acculturation et finalement les processus d'intégration professionnelle, d'intégration en emploi et de rétention. Enfin, la dernière partie explore les liens entre ces différents concepts et présente les objectifs de la recherche.

### **4.1 Distance culturelle : l'approche culturaliste, le concept de culture et les typologies des dimensions des valeurs culturelles**

#### **4.1.1 Approche culturaliste**

Comme la soulevé la recension de la littérature, les différences culturelles semblent être un défi important dans le processus d'intégration des infirmières formées à l'étranger: d'où l'intérêt de prendre en compte la dimension des valeurs culturelles dans notre analyse. Ainsi, nous avons opté pour une démarche dérivée du courant de psychologie culturelle qui permet à la fois de prendre en compte l'influence des valeurs mais aussi celui de l'individu et de son contexte (externe et organisationnel); l'approche culturaliste.

En s'appuyant sur le rôle central de la culture dans les relations humaines, l'approche culturaliste avance que les différences dans les styles de gestion des ressources humaines découlent des variations dans les valeurs culturelles (Hofstede 2005). La perspective culturaliste va ainsi tenter d'expliquer les variations dans l'organisation du travail, les comportements de gestion et les pratiques individuelles par les différences culturelles en

termes de valeurs, d'idées et de croyances partagées (Girgin 2005, 53). Ainsi, les valeurs culturelles peuvent jouer un rôle central dans la rétention de la main-d'œuvre, mais aussi influencer les relations interpersonnelles, le processus de décision, l'efficacité et la performance individuelle dans l'organisation (Tirmizi 2008). Par exemple, plusieurs infirmières asiatiques ont souligné avoir été choquées par le traitement réservé aux aînés, tant de la part des familles que des membres des équipes soignantes (Davison 1993, Allen et Larsen 2003, Dicco-Bloom 2004, Lopez 1990). Or, le choix d'une approche culturaliste demande de définir le concept de culture, puisque celle-ci va permettre d'établir le cadre de réflexion, de délimiter le champ de possibilités de questions de recherche ainsi que les méthodologies adaptées à la démarche (Gatley, Lessem et Altman, 1996).

#### **4.1.2 Concept de culture**

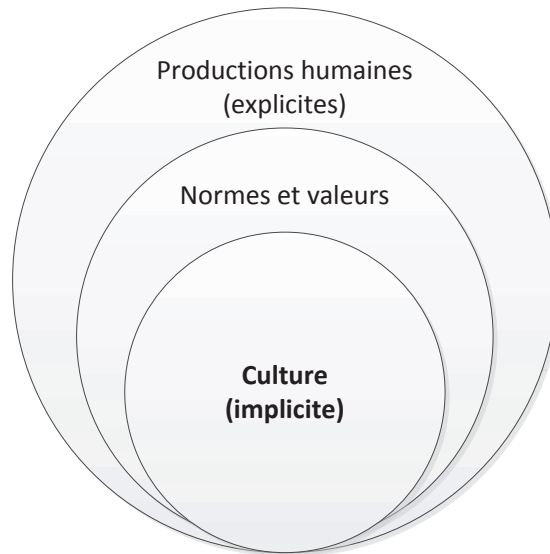
La culture est au cœur de toute pratique humaine (Hofstede 1980). Au niveau organisationnel, Steers et Sanchez (2002) avancent que la culture influence la conception de la personne de ses croyances, de ses besoins et de ses valeurs; les normes à propos de l'éthique du travail et la nature de la «réussite», la tolérance de l'individu face à l'ambiguïté; et enfin les facteurs environnementaux tels que l'éducation et la socialisation, la prospérité économique ainsi que les systèmes politiques et légaux. En contexte interculturel, la culture peut ainsi avoir un impact considérable sur les comportements individuels, notamment ceux de décider de quitter son emploi (Tirmizi 2008). Or, il n'existe pas de consensus autour de la définition de culture (Sam, 2006). Dans leur ouvrage « *Culture : a critical review of concepts and definitions* », Kroeber et Kluckhohn (1952) ont répertorié 164 définitions de ce qu'est la culture. Barmeyer (2008) propose quant à lui une typologie des définitions de la culture s'articulant autour de

trois catégories: la culture en tant que système d'interprétation, la culture en tant que système de valeurs acquises et la culture en tant que système permettant l'atteinte d'objectifs et la résolution de conflits.

*La culture en tant que système d'interprétation* Pour Chanlat (2005) et Geertz (1973), la culture consiste en un système d'interprétation par lequel les gens communiquent, perpétuent et développent leurs connaissances à propos de leurs attitudes face à la vie. La culture est en quelque sorte une toile de sens qui permet aux êtres humains d'interpréter leur expérience et de guider leurs actions (Geertz 1973).

*La culture en tant que système de valeurs intériorisées* Quant à lui, Hofstede (1980) conçoit la culture comme un système de valeurs négociées et intériorisées grâce à la socialisation, par laquelle un groupe d'individus résout des problèmes et réconcilie des dilemmes; en quelque sorte un *logiciel mental* (Hofstede 2001).

*La culture en tant que système permettant l'atteinte d'objectifs et la résolution de conflits* Enfin, on peut concevoir la culture comme un système permettant l'atteinte d'objectifs et la résolution de problèmes, en favorisant le choix de solutions en harmonie avec les valeurs correspondant à la société en question. C'est à cette vision qu'adhère Schein (1985), pour qui la culture est un ensemble de croyances de base, partagé par les membres d'une société, et qui opère inconsciemment en définissant la perception qu'entretient un individu face à sa personne et à son environnement et les solutions à privilégier en fonction de celle-ci.



Graphique V : Le concept de culture selon Trompenaars et Hampden-Turner (1998)

Comme il l'a été souligné antérieurement, il n'existe pas de consensus autour de la définition de la culture. Pourtant, celle d'Hofstede (1980) a su s'imposer dans le domaine de la gestion interculturelle. Dans cette optique, la culture sera ainsi conceptualisée comme «une programmation collective de l'esprit humain qui distingue les membres d'un groupe des membres d'un autre groupe humain. En ce sens, la culture est un système de valeurs collectivement partagées». Non seulement la culture se manifeste à différents niveaux (national, local, organisationnel, professionnel/fonctionnel et individuel, voir Trompenaars et Hampden-Turner 1998), mais, loin d'être statique, la culture peut prendre plusieurs formes et évoluer dans le temps (Tirmizi 2008). Surtout, la culture doit être pensée comme un oignon, dont l'extérieur est constitué des productions observables des sociétés (notamment la langue, l'art, l'agriculture, l'architecture), le centre de normes et de valeurs, et dont le cœur les la culture (voir graphique V, ci-dessus; Trompenaars et Hampden-Turner 1998).

### **4.1.3 Notion de valeurs culturelles**

Afin de faciliter la compréhension de l'influence de la culture et de son impact organisationnel, Kluckhohn et Strodtbeck (1961), Hofstede (1980, 1991, 2004), Trompenaars et Hampden-Turner (1998), Schwartz (1999), House et al, (1999, 2004) et Hall (1977, 1990) ont proposé des typologies des différentes dimensions culturelles. De celles-ci, la typologie de Hofstede (1980, 2001) est de loin la plus fréquemment utilisée. En se basant sur une analyse des données sur les valeurs collectée entre 1967 et 1973 auprès d'employés d'IBM de plus de 70 pays, Hofstede (1980) a proposé une typologie des valeurs à quatre dimensions (individualisme/collectivisme, évitement de l'incertitude, masculinité/féminité, orientation à long terme), à laquelle s'est rajouté en 1994 une cinquième dimension : l'orientation court terme/long terme.

Bien évidemment, l'ensemble des membres d'une culture donnée n'ont pas tous des normes, valeurs et artefacts identiques. La culture est en quelque sorte une distribution normale : si on peut observer dans une même culture d'importantes variations, on y retrouve surtout une majorité de similarités (Trompenaars et Hampden-Turner 1998). La culture est ainsi au cœur même de l'individu, facilitant les relations entre les individus d'une même culture (Geertz 1973).mais qu'en est-il en situation d'interculturalité?

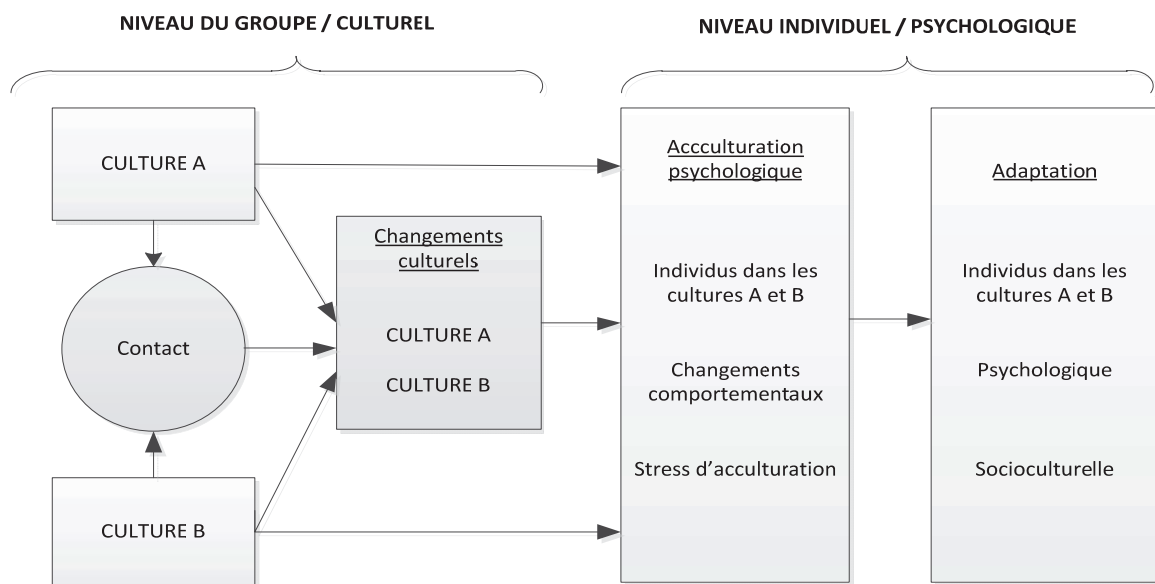
### **4.1.4 Distance culturelle**

Le processus d'acculturation découle de la différence entre les valeurs de l'individu et celles de la société hôte (Berry 1970). La distance culturelle va être conceptualisée comme l'écart

entre les valeurs individuelles et celles de la société et/ou profession pour chacune de ces dimensions (Hofstede 2005).

## 4.2 Processus d'acculturation des infirmières immigrantes

*Processus d'acculturation* Le phénomène de l'acculturation peut être défini comme le processus d'adaptation découlant de l'interaction avec une culture autre que celle du groupe de référence (Shiraev & Levy, 2007). C'est par ce processus, entraînant stress d'acculturation et changements comportementaux, qui va permettre à l'individu de s'adapter à un nouveau contexte culturel (Sam 2006, voir graphique VI, ci-dessous).



Graphique VI : Modèle conceptuel de l'acculturation, Sam (2006)

Tout processus d'acculturation, que ce soit dans une stratégie d'intégration ou autre, soulève de nombreux enjeux. Or, le processus d'acculturation à un nouveau milieu n'est pas uniquement l'apanage des infirmières immigrantes. Deux auteurs, Kramer (1974) et Pilette



(1989) se sont intéressés à la question de l'intégration en emploi et proposent des typologies à cet effet.

*Typologie de Kramer (1974)* S'intéressant aux expériences d'intégration professionnelle et en emploi des nouvelles diplômées, Kramer (1974) propose une typologie en quatre étapes de leur processus de socialisation (la lune de miel, le choc, la récupération et la résolution). Dans un premier temps, les infirmières nouvellement formées vont avoir une vision très idéalisée de la profession et de la pratique infirmière, basée sur les conceptions forgées lors de leur formation. C'est la période de la lune de miel. Lorsque l'écart entre les valeurs internalisées lors de leur formation et celles perçues du milieu du travail devient apparent, les infirmières nouvellement formées font l'expérience d'un choc des valeurs, s'apparentant au choc culturel auquel sont confrontés les nouveaux immigrants. S'en suit une période de gestion de cette dissonance de valeurs (phase de récupération), qui est centrée essentiellement autour de la gestion des effets négatifs liés au choc (stress, anxiété) et au retour à une certaine distance face au phénomène. Enfin, s'en suit une phase de résolution de ces conflits de valeurs, permettant aux infirmières nouvellement formées d'aller de l'avant dans leur cheminement professionnel (Kramer 1974).

*Typologie de Pilette (1989)* La typologie de Pilette (1989) rejoint essentiellement celle de Kramer (1974). En se basant sur ses observations empiriques ainsi que sur la conception de Berry (1970) de l'intégration, Pilette (1989) propose une typologie de quatre phases du processus d'acculturation des travailleurs immigrants (voir tableau VI, ci-dessous). Pilette (1989) soutient que les infirmières formées à l'étranger doivent faire l'expérience de quatre

stades d'ajustement afin de s'intégrer à leur nouveau milieu; soit la phase de connaissance, d'indignation, de résolution de conflits et ultimement d'intégration. Dans la réalité, ces phases ne sont pas aussi clairement définies et peuvent se chevaucher; les phases 2 (choc de culture/indignation) et 3 (résolution de conflits) doivent plutôt être compris comme un aller-retour jusqu'à l'intégration (Pilette 1989).

Tableau VI : Phases d'ajustement des nouvelles infirmières de Pilette (1989)

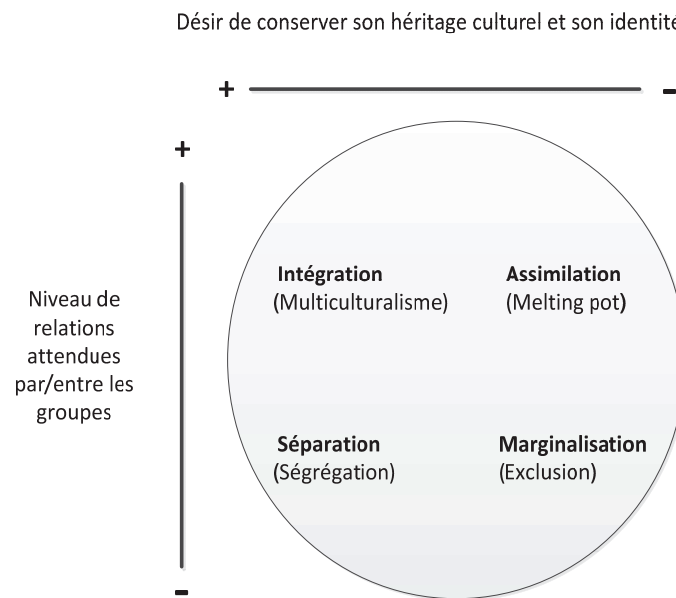
<b>Phase</b>	<b>Stade d'ajustement</b>	<b>Période</b>
<b>1</b>	Phase de connaissance	0-3 mois
<b>2</b>	Choc de culture/Indignation	3-6 mois
<b>3</b>	Résolution de conflits	6-9 mois
<b>4</b>	Intégration	9-12 mois

Source: Pilete, 1989

Comme l'illustrent les typologies de Kramer (1974) et de Pilette (1989), le processus d'intégration ne se fait pas sans heurts; d'où les notions de stress d'acculturation. Ce stress d'acculturation va varier non seulement en fonction de l'importance entre la distance culturelle entre la culture de l'individu et la culture hôte, mais aussi selon certains modérateurs individuels, organisationnels, familiaux et environnementaux (Berry 2006b). Ces facteurs peuvent être catégorisés en deux catégories; soit les facteurs d'interaction préalables à l'acculturation, ainsi que les variables d'interaction ayant une influence lors du processus d'acculturation.

Plusieurs stratégies d'acculturation s'offrent à l'individu en contexte interculturel, chacune menant à un type d'adaptation spécifique. Selon Berry (1970), un individu en contact avec une

autre culture majoritaire peut adopter quatre stratégies; soit l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation. Chacune de ces stratégies reflète à la fois les préférences des immigrants de conserver leurs bagage culturel et leur identité, et le degré de relations interpersonnelles désiré avec les membres de la société d'accueil (voir graphique VII, ci-dessous).



Graphique VII : Stratégies adoptées par les groupes ethnoculturels (et les sociétés) lors de contacts interculturels

Selon Berry (2006a), dans la majorité des cas, les immigrants ont tendance à favoriser l'intégration, c'est-à-dire un niveau élevé d'interactions entre les groupes, tout en préservant l'héritage culturel d'origine des différents membres. Or, les immigrants qui adoptent une stratégie d'intégration ont tendance à être mieux adaptés et plus satisfaits de leur nouvel environnement de vie (Berry 2006b). Cela semble aussi le cas pour les infirmières

immigrantes. En effet, les différences de pratique sont imbriquées dans les questions de normes et de valeurs, reflets de la culture profonde des individus (Hofstede 1980). Si bien qu'en général, les infirmières formées à l'étranger auront tendance à quitter si elles ne peuvent pas s'adapter à ces différences de pratique (Blythe et al. 2009).

Les préférences des immigrants ne sont pas les seules à devoir être prises en compte dans le processus d'acculturation. Comme le souligne Liebkind (2001, 399), « acculturation does not take place in a social vacuum; rather it unfolds itself with the context of intra and intergroup relations ». Les attentes des sociétés d'accueil, considérées comme la culture dominante, face à l'intégration des migrants vont ainsi avoir un impact considérable sur les stratégies d'acculturation des populations immigrantes (Berry 2006a). Les tensions entre sociétés et immigrants vont apparaître lorsque les préférences d'acculturation des migrants et celles des pays d'accueil vont différer, et accentuer le stress d'acculturation des populations migrantes (Hayfron 2008). À l'opposé du *melting pot* américain, le Canada est reconnu pour son multiculturalisme ouvert (Berry 2006b). Selon Berry (2006a), 70% des Canadiens considèrent le multiculturalisme (ou l'intégration) comme la stratégie d'acculturation à prioriser en situation interculturelle. Pourtant, même dans ce contexte l'intégration socioprofessionnelle des migrants ne se fait pas sans heurts. Le terme « choc culturel » a été suggéré par Oberg (1960) afin de décrire le stress psychologique découlant de ces interactions entre cultures. Jugeant le terme choc négatif, d'autres (Berry 1970, 2006a; Sam 2006) lui préfèrent le terme stress d'acculturation, qui sera ici adopté.

Le stress d'acculturation intègre ainsi à la fois les sentiments d'indignation ressentis lors du choc initial des cultures, mais aussi l'ensemble des stress découlant du processus d'ajustement à la culture hôte (Berry 1970, 1980). La question du stress d'acculturation chez les infirmières immigrantes est un phénomène peu étudié (Jose, 2008). Les quelques études qui s'y sont intéressées soutiennent que le processus d'intégration cause anxiété et symptômes dépressifs chez les infirmières immigrantes (Palese et al., 2008, Alexis et Vydeligum, 2004, Yi et Jezewski, 2000). Or, le stress d'acculturation agit directement sur la satisfaction au travail et peut avoir un impact important sur la rétention de la main-d'œuvre étrangère (Pilette, 1989).

### **4.3 Facteurs influençant le processus d'acculturation**

Deux groupes de facteurs antérieurs à la migration vont avoir une influence sur l'adaptation à la nouvelle culture, en permettant d'atténuer ou d'amplifier le stress découlant du processus d'acculturation. Ces facteurs sont, d'un côté, les caractéristiques sociodémographiques des infirmières formées à l'étranger, et de l'autre les motivations liées à leur migration.

#### **4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques**

Selon Berry (2006b), les caractéristiques sociodémographiques telles que les valeurs, l'âge, le genre/sexe, l'éducation, la religion, le statut dans le pays d'origine vs celui dans le pays d'accueil et la langue<sup>8</sup> peuvent à la fois faciliter et compliquer le processus d'acculturation des populations migrantes (Berry 2006b). De plus, l'expérience professionnelle antérieure peut avoir une influence considérable sur le stress d'acculturation, et le succès de l'adaptation qui

---

<sup>8</sup> Berry (2006b) ajoute l'état physique et mental des immigrants. Par contre, les personnes désirant immigrer au Canada devant réussir un examen médical pour obtenir leur visa, nous ne considérerons pas ce facteur dans notre analyse.

découle du processus d'acculturation (Palese et al. 2008). En effet, les infirmières immigrantes ont une plus grande facilité à intégrer des unités de soins d'une spécialité dans laquelle elles ont déjà œuvré dans leur pays d'origine. Cette base commune de connaissances leur permettrait de faire ressortir des similitudes entre les deux milieux de pratique, de réduire leur stress d'acculturation et de faciliter leur adaptation à la nouvelle pratique (Palese et al. 2008). À ces facteurs pré-acculturation s'ajoute la connaissance préalable de la culture hôte. Ainsi, la connaissance de la culture hôte, non seulement en ce qui a trait à a culture nationale (Jose 2008) mais aussi organisationnelle (Alexis & Vydelingum 2004, Blythe et al. 2009, Jose 2008) va atténuer le stress d'acculturation, et ainsi faciliter le processus d'adaptation des infirmières migrantes.

#### **4.3.2 Motivations liées à la migration**

Tout comme les caractéristiques sociodémographiques, les motivations individuelles de la migration vont avoir un impact considérable sur le processus d'intégration des infirmières immigrantes. Plus que tout autre facteur, les motivations liées à l'immigration et les attentes face aux nouvelles conditions de travail et au nouvel environnement de vie semblent avoir une influence importante sur la satisfaction des infirmières immigrantes et ultimement sur leur rétention (Murphy 2009). Allen et Larsen (2003) avancent que plusieurs motifs poussent les infirmières formées à l'étranger à migrer, que ce soit des motivations personnelles, professionnelles et financières. Au niveau personnel, les ambitions individuelles et le désir d'aventure motivent certaines infirmières à immigrer.

Au niveau des motivations professionnelles, le désir de développement professionnel, l'exposition à de nouvelles pratiques infirmières et aux hautes technologies, ainsi que les possibilités de formation continue motivent plusieurs infirmières étrangères à immigrer. Une partie des infirmières ayant immigré pour des motivations professionnelles aura tendance à retourner dans leur pays d'origine si leurs attentes quant à leur développement de carrière ne sont pas comblées. Enfin, les infirmières immigrant pour des motifs économiques vont être attirées soit par de meilleures conditions de vie, soit par la possibilité de travailler pour envoyer de l'argent à leur famille dans le pays d'origine. Or, ces motivations vont varier considérablement en fonction de la région d'origine (Buchan 2006). Par exemple, chez les infirmières provenant de pays plus défavorisés, la rétention serait ainsi influencée par une combinaison de l'impossibilité de retourner à la maison, vue comme un échec et les obligations face à leurs familles qui dépendent de leur revenu (Magnudottir 2005). C'est dans cette catégorie d'immigrants que la rétention à long terme est la plus élevée.

### **4.3.3 En résumé**

Les caractéristiques sociodémographiques et les motivations liées à la migration des infirmières immigrantes semblent avoir une influence considérable sur le processus d'acculturation. Berry (2006b) souligne que ces facteurs doivent être pensés comme des variables explicatives qu'il faut en quelque sorte « gérer », puisqu'on ne peut agir sur ceux-ci lors du processus d'acculturation. Ils font ainsi partie du bagage des immigrants dont il faut tenir compte lors du processus d'acculturation. Par contre, certains facteurs peuvent être influencés par les pratiques organisationnelles et les stratégies d'intégration; ces facteurs sont appelés variables d'interaction actifs durant le processus d'acculturation.

#### **4.4 Facteurs psychosociaux d'interaction influençant le processus d'acculturation**

Berry (2006b) soutient qu'il existe cinq catégories de facteurs psychosociaux d'interaction pouvant influencer le processus d'acculturation: la fréquence et la qualité des contacts interculturels, le réseau de soutien social, les mécanismes de gestion du stress, les stratégies facilitant l'acculturation et les attitudes sociétales (contexte/environnement). Chacun de ces facteurs a été soulevé lors de notre revue de la littérature comme ayant un impact significatif sur l'intégration et la rétention des infirmières migrantes. Ces facteurs ont ainsi été intégrés dans le cadre conceptuel.

#### **4.5 Intégration professionnelle, intégration en emploi et rétention**

Au Québec, la profession infirmière étant une profession réglementée aux actes conventionnés, toute infirmière DHQ voulant pratiquer dans le contexte québécois se doit d'adopter une stratégie d'intégration des pratiques et du savoir-être local. Le processus d'intégration des infirmières formées à l'étranger comprend deux volets: d'un côté, le processus d'intégration à la profession, qui englobe l'ensemble des étapes visant à l'obtention du permis d'exercice, de l'autre, l'intégration en emploi, qui englobe la recherche d'emploi, le processus d'embauche, l'entrée à l'emploi et ultimement la réussite de la période de probation. Si la transition de pratique est mesurée par la réussite de l'examen d'entrée à la profession et par la réussite de la période de probation (qui implicitement atteste que les compétences et attitudes de l'infirmière correspondent aux attentes de l'employeur), la rétention représente quant à elle la capacité de l'employeur de conserver celle-ci à son emploi. La rétention englobe à la fois la rétention à court, moyen et long terme, et peut être pensée comme la rétention en emploi ou la



rétenition en la profession. La rétenition court terme est définie comme la rétenition à un an, celle à moyen terme à trois ans et à long terme à cinq ans et plus.

#### **4.6 Liens entre les concepts et proposition d'un cadre conceptuel des facteurs explicatifs de la rétenition des infirmières DHQ**

Dans un contexte interculturel, la distance entre les valeurs culturelles de l'individu et celles de la société/organisation d'accueil va demander une certaine adaptation (Berry 1970). Plusieurs stratégies d'adaptation peuvent être adoptées par l'individu : intégration, ségrégation, marginalisation, assimilation (Berry 2006a). Dans le cas de la profession infirmière, les DHQ se doivent de laisser de côté leurs pratiques antérieures et d'assimiler les normes et pratiques infirmières locales. L'adaptation à la nouvelle culture est le résultat d'un processus : le processus d'acculturation. Plus la distance entre les cultures est grande, plus le processus d'acculturation engendrera de stress d'acculturation (Berry 2006b). Dans le cas de la profession infirmière, le processus de transition de pratique peut être compris comme un processus d'acculturation aux normes et valeurs infirmières locales. Certains facteurs vont interagir avec ce processus et peuvent contraindre ou faciliter cette transition en atténuant ou amplifiant le stress d'acculturation (Berry 2006b). La réussite du processus d'acculturation (transition de pratique) est essentielle à celle de l'intégration professionnelle, l'intégration en emploi et de la rétenition des infirmières formées à l'étranger. D'autres facteurs, tels les motivations de la migration et les caractéristiques sociodémographiques, vont non seulement avoir une influence sur la réussite du processus d'acculturation (transition de pratique), mais ultimement sur la réussite de l'intégration professionnelle (examen des dossier, formation d'appoint et examen de langue et de certification professionnelle), de l'intégration en emploi (processus d'embauche et période de probation) et de la rétenition à court, moyen et long terme

des infirmières formées à l'étranger. Une illustration des liens entre ces concepts est proposée à la figure VIII (ci-dessous).

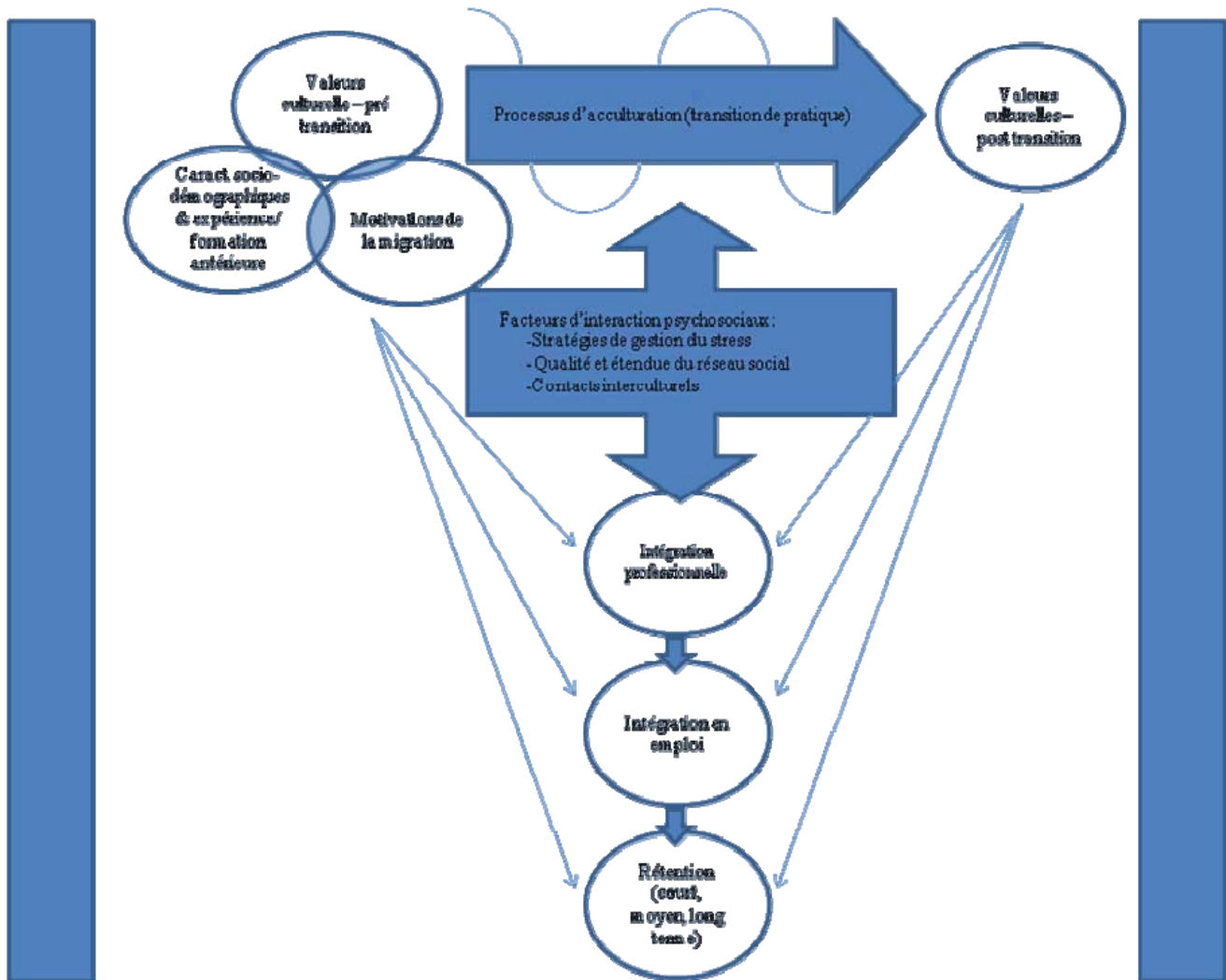


Figure VIII: Modèle conceptuel des facteurs explicatifs de l'intégration de la rétention des infirmières formées à l'étranger

## 4.7 Objectifs spécifiques de recherche

Cette étude vise à comprendre les facteurs explicatifs de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi. Plus spécifiquement, celle-ci vise à :

- (1) déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;
- (2) déterminer l'influence du milieu de formation ou de travail sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;
- (3) déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;
- et (4) d'explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent influencent la réussite de la formation d'appoint de la période de probation et la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi.

La prochaine section présente la méthodologie utilisée pour explorer ces objectifs de recherche.

## 5. Méthodologie

Cette section présente la démarche de recherche adoptée afin de répondre aux objectifs de recherche, à savoir: la stratégie et le devis de recherche, la population cible et l'échantillon, les instruments de collecte de données ainsi que l'analyse des données de notre démarche.

### 5.1 Stratégie de recherche

Compte tenu des objectifs visés et de la complexité du processus d'intégration et de rétention, une stratégie prenant en compte la dimension temporelle du phénomène d'acculturation a été adoptée. Dans cette optique, notre choix s'est porté sur une étude de cohortes prospective afin de comparer les groupes quant à l'incidence du phénomène étudié (Gordis 2004). Cette démarche nous a permis de cibler les facteurs explicatifs à la fois de la réussite de la formation d'appoint, de l'intégration en emploi (mesurée par la réussite de la période de probation), mais aussi ceux expliquant la rétention à court et à moyen terme en établissement de santé. Chacune de ces étapes sera examinée en fonction des quatre objectifs de recherche, tels que décrits au tableau VII (ci-dessous).

**Tableau VII : Démarche adoptée en fonction de l'objectif de recherche**

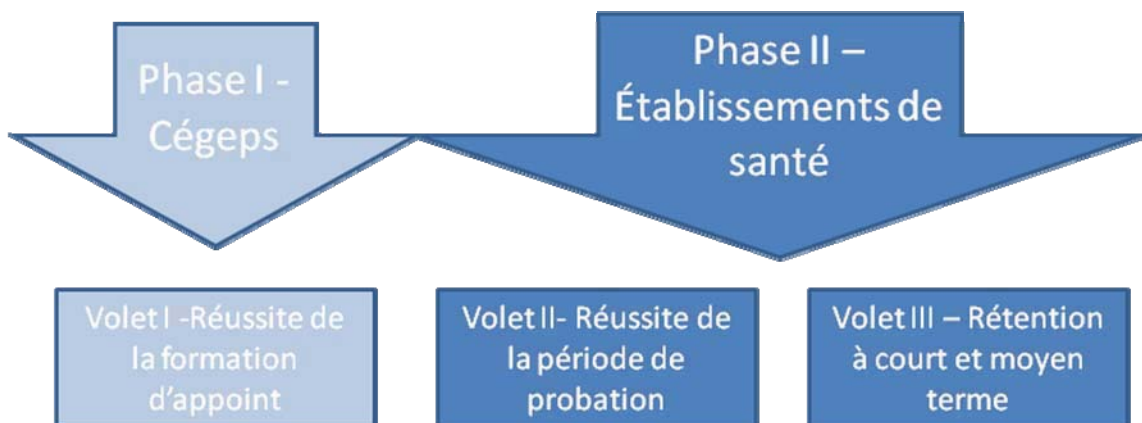
<b>Objectif de recherche Démarche adoptée</b>	<b>Approche qualitative</b>	<b>Approche quantitative</b>
Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;		X

Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la formation d'appoint et de la probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;	X	X
Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi;	X	
Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent influencent la réussite de la formation d'appoint de la période de probation et la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi.	X	X

## 5.2 Choix et justification du devis de recherche

Creswell et Clark (2007) soutiennent qu'il existe trois raisons qui justifient le choix d'un devis mixte : le besoin d'améliorer les résultats de l'étude avec une deuxième source de données; le besoin d'expliquer des résultats quantitatifs; ou le besoin d'explorer dans un premier temps un sujet avec une approche qualitative, afin de permettre de fournir une assise forte à une approche quantitative. La question de la rétention des infirmières DHQ tient de la première catégorie afin de permettre à la fois de dresser un portrait de la situation mais aussi d'explorer la réalité des infirmières migrantes au-delà des données quantitatives. Un devis mixte simultané et imbriqué sera utilisé afin d'obtenir des données différentes mais complémentaires sur le même sujet (Morse 1991). Tel que décrit dans le tableau VII (ci-dessus), un des objectifs (obj.1) est abordé essentiellement par une démarche quantitative, un autre (obj.3) de manière qualitative, alors que les deux autres objectifs (obj. 2 et 4) sont traités à la fois de manière qualitative et quantitative.

**Figure IX: Récapitulatif des Phases de collecte de données et des Volets de l'étude**



### 5.3 Hypothèses de recherche

En s'appuyant sur la recension de la littérature, nous avançons l'hypothèse que les facteurs influençant la réussite du processus d'intégration et de la rétention des infirmières DHQ vont varier selon le sous-processus ciblé. Ainsi, des hypothèses de recherche ont été élaborées pour chacun des volets de l'étude, à savoir Volet 1 - Réussite à la formation d'appoint, Volet 2- Réussite à la période de probation, Volet 3 - Rétention à court et moyen terme (voir figure IX, ci-dessus). Le tableau VIII ci-dessous propose un portrait présentant les hypothèses de recherche selon le volet de l'étude. Une explication plus détaillée des différentes hypothèse peut être trouvée à l'annexe 3.

**Tableau VIII: Hypothèses par objectif de recherche, présentés selon le volet de l'étude**

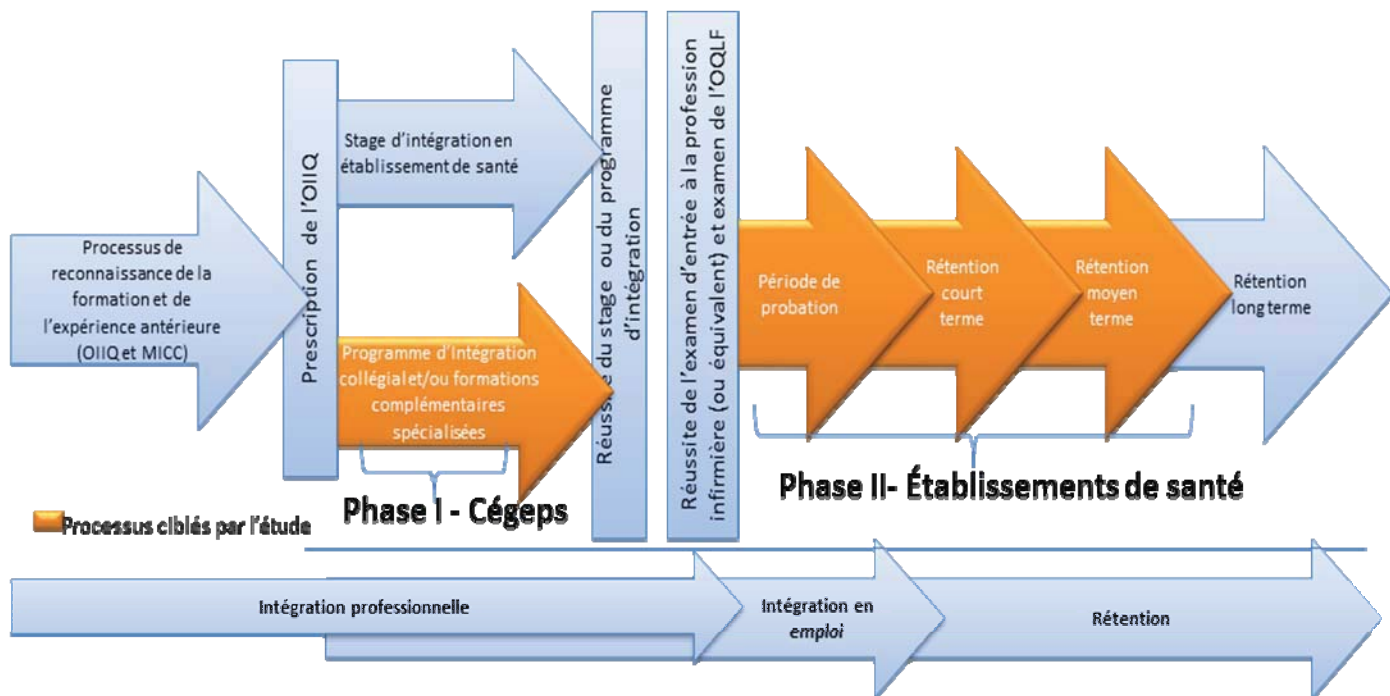
	Volet 1 - Réussite à la formation d'appoint	Volet 2- Réussite à la période de probation	Volet 3 - Réétention à court et moyen terme
Objectif 1 - Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi			
Âge	-	-	+
Sexe	-	-	-
Statut civil (où 1 = avoir des enfants à charge)	-	+	+
Religion (pratique spirituelle)	+	+	N/a
Langue (maîtrise de la langue de formation ou de travail)	+	+	N/a
Expérience antérieure de travail	-	+	+
Pays d'origine			
Asie	+	+	+
Europe	N/a	+	-
Autres	-	-	+
Valeurs			
Masculinité/Féminité, où 5 est égal à une tendance de valeurs liés à la dimension de la Féminité	+	+	+
Individualisme/Collectivisme, où 5 est égal à une tendance de valeurs liés à la dimension d'Individualisme	-	-	-
Tolérance à l'incertitude, où 5 est égal à une forte tolérance à l'incertitude	+	+	+
Orientation long terme à une tendance de valeurs liés à une forte Orientation à court terme	-	-	-
Distance face au pouvoir, où 5 est égal à une tendance hiérarchique forte	-	-	-
Motivations de la migration			
Économique/financière	+	+	+
Aventure/Découverte	-	-	-
Développement de carrière et de pratique	+	+	+/-
Objectif 2 - Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la formation d'appoint et de la probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi			
Environnement de formation et de travail	+	+	+
Objectif 3 - Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent influencent la réussite de la formation d'appoint de la période de probation et la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi.			
Réseau social (étendue et qualité)	+	+	+
Contacts interculturels (fréquence et qualité)	+	+	+
Gestion du stress	+	+	N/a

Légende: + : Association positive entre le facteur explicatif et la réussite du processus ciblé  
 - : Association négative entre le facteur explicatif et la réussite du processus ciblé  
 N/A: Non applicable

## 5.4 Collecte de données

La prochaine section décrit les méthodes de collecte de données et d'analyse utilisées pour cette étude. Pour simplifier la compréhension, celles-ci seront présentées en fonction de la phase de collecte, soit la Phase I- Cégeps et la Phase II- Établissements de santé. La phase I - Cégep permet de répondre au Volet I de l'étude, à savoir: Volet I- Facteurs explicatifs de la réussite des infirmières DHQ au programme d'intégration à la profession infirmière au Québec. La phase II - établissements de santé permet de répondre aux Volets II et III de l'étude à savoir: Volet I- Facteurs explicatifs de la réussite à la période de probation des infirmières DHQ en début d'emploi, et Volet III: Facteurs explicatifs de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi (voir Figure X, ci-dessous).





**Figure X: Processus d'intégration et de rétention des infirmières diplômées hors Québec dans le système de santé québécois - Phase I et II de collecte de données**

## 5.4.1 Phase I - Cégeps

### 5.4.1.1 Population cible et échantillonnage

En 2011-2012, le programme d'intégration a été offert six fois par les deux institutions d'enseignement de l'Île de Montréal, soit le cégep 1 (trois cohortes) et le cégep 2 (trois cohortes). Le programme a de plus été offert deux fois durant cette même période par le cégep 3, en région montréalaise. En s'appuyant sur le calcul de Lenth (2009), un échantillon (par cohorte) de 43 DHQ ayant quitté leur formation/emploi assure une puissance de .949 ( $\alpha=.05$ , SD 1.96). Avec moins de 40% des DHQ réussissant leur formation d'appoint au premier essai, l'échantillon minimum total est de 108 DHQ en formation d'appoint.

### 5.4.1.2 Collecte des données

Suite à l’approbation des comités d’éthique, la collecte de données a débuté dans les trois institutions d’enseignement (cégeps 1, 2 et 3) à la session été/automne 2011, et a été complétée en novembre 2012. La planification de la collecte de données a été réalisée dans l’optique de tenir compte des stades d’intégration de Pilette (1989 – voir figures XI à XIV en annexe 4 pour plus de détails). Une première rencontre a eu lieu dans les deux premières semaines du programme de formation (T0, n=168). Une deuxième rencontre a été réalisée après le premier volet de stages vers le 6<sup>ième</sup> mois (T1, n= 116). La dernière rencontre a eu lieu 8 mois après le début de l’étude (T2, n=114). Durant chacune de ses rencontres, les infirmières DHQ ont été invitées à remplir un questionnaire d’environ 30 minutes, à même leur lieu de formation et durant les heures de cours. Les programmes des cégeps 2 et 3 ne s’échelonnant respectivement que sur 6 mois et demi et 7 mois, les deux derniers questionnaires ont été combinés pour ces établissements et remis durant la dernière semaine du programme<sup>12</sup>. La liste des infirmières DHQ ayant complété avec succès ou échoué le programme d’*Intégration*, ainsi que celle des infirmières DHQ ayant repris au moins une fois le programme d’*Intégration* ont été obtenues par le biais des responsables du programme de formation dans les institutions d’enseignement.

---

<sup>12</sup> Le questionnaire T1 portant essentiellement sur la perception des valeurs organisationnelles du milieu de stage, retarder le passage de celui-ci ne pose pas de problème conceptuel. Le seul désavantage aurait pu découler de la longueur du questionnaire. Toutefois, le taux de réponse a été similaire pour le questionnaire combiné vs les deux questionnaires séparés.

*Volet quantitatif* Six (6) cohortes ont été ciblées pour ce projet de recherche, pour un total de 168 participants en T0. Un total de six questionnaires a été rejeté car la majorité des questions correspondait à des « refus de répondre », pour un total de 162 participants (Cégep 1- 42; Cégep 2- 62; Cégep 3 -58). De plus, six des questionnaires n'avaient pas d'information quant aux valeurs individuelles et un d'entre eux avait répondu « 3 » pour l'ensemble des questions. Par conséquent, ceux-ci n'ont pu être inclus dans la régression logistique multiple. Ce qui donne un total de 155 questionnaires (C1 39; C2 58; C3 58). Le taux d'échec pour ces cohortes est de 38% (59/155), réparti comme suit : C1 11/39; C2 29/58; C3 19/58<sup>13</sup>. Le nombre d'étudiants reprenant leur formation du début est relativement faible (5/155, répartis comme suit C2 1/58; C3 4/58). Les étudiants reprenant uniquement une partie de leur formation suite à un échec et par conséquent intégrant la formation à mi-parcours ont été exclus de l'étude (N=5).

*Description du questionnaire auto-administré - formation d'appoint* Trois questionnaires auto-administrés ont été utilisés lors de la collecte de données quantitatives pour la Phase I- Cégeps (voir Questionnaires T0, T1 et T2, en annexe 5). Le premier s'intéresse au portrait sociodémographique, aux motivations de la migration, à l'expérience et la formation antérieure, aux valeurs de l'infirmière DHQ et à l'intention de pratiquer au Québec en tant qu'infirmière. Le deuxième questionnaire s'intéresse à la perception des DHQ des valeurs organisationnelles des établissements où elles ont réalisé leurs stages cliniques. Le troisième questionnaire porte sur l'étendue de changement de pratique, les valeurs individuelles post-formation, la gestion du stress et la perception des attitudes sociétales (discrimination). De

---

<sup>13</sup> Le taux d'échec réel est légèrement plus élevé, puisque sur les sept questionnaires exclus quatre appartenaient à des étudiants ayant échoué le programme d'*Intégration*.

plus, ce dernier questionnaire inclut des questions ouvertes à réponse courte sur la teneur des changements de pratique et des comportements discriminatoires à leur égard, ainsi que des questions concernant leur appréciation du programme de formation, des obstacles auxquels elles ont été confrontées, sur les stratégies mises en place pour les surmonter et sur les recommandations proposées pour bonifier le programme et faciliter la transition de pratique des prochaines cohortes. Les questions ouvertes seront abordées dans la section " Volet qualitatif". La prochaine section présente une description des variables et, le cas échéant, les caractéristiques psychométriques des questionnaires présentés.

*Caractéristiques sociodémographiques :* Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été récoltées par le biais de questionnaires auto-administrés (section A- questionnaire en annexe 5), distribués en temps T0. Les questions couvrent : l'état civil actuel, le statut d'emploi actuel, l'année et le lieu de naissance, la religion et la langue, la formation et l'expérience de travail antérieur. Les catégories correspondant au niveau de formation en lien avec les soins infirmiers sont celles de diplôme équivalent du système d'éducation du Québec tel que crédité par le MICC. Les questions liées à l'état civil et au statut d'emploi ont été tirées du Recensement canadien (2011).

En ce qui a trait aux questions portant sur les valeurs culturelles, la typologie d'Hofstede a été adoptée (1980, 2004). Il faut toutefois souligner que la version originale de celle-ci ne s'intéresse qu'aux valeurs nationales. Ce qui peut expliquer que, lorsqu'administré dans une optique d'analyse de valeurs au niveau individuel, le questionnaire de Hofstede (2005) pose des problèmes de validité interne (Yoo et al., 2011): d'où l'intérêt du questionnaire de Yoo et

al. (2011), qui reprend les mêmes dimensions d'Hofstede mais dans une approche individuelle. Les questions, tirées du questionnaire développé par Yoo et al. (2011), se retrouvent à la section B (voir questionnaires en annexe 4). L'échelle de Yoo et al. (2011) a été validée par Prasongsukarn (1999) auprès de 1098 étudiants de baccalauréat de quatre régions de Thaïlande. En ce qui concerne la fiabilité, le calcul de l'Alpha de Cronbach pour chacune des dimensions démontre la constance de la construction des indicateurs (distance au pouvoir e 0.63, évitement de l'incertitude 0.81, individualisme/collectivisme 0.81, masculinité/féminité 0.61 et orientation long terme 0.85). La validité de l'échelle a été examinée par le biais d'un test de facteurs explicatifs, qui supporte l'unidimensionnalité des dimensions ainsi que la validité de construit (les cinq dimensions représentant plus 54.9% de la variance totale). Une analyse des facteurs de confirmation (par le biais de la méthode de vraisemblance maximale) démontre la validité de convergence ainsi que la validité de divergence de l'échelle, toutes les dimensions ayant atteint le seuil de significativité  $p < 0.001$ .

*Motivations de la migration et facteurs psychosociaux :* Les données concernant les motivations individuelles de la migration ont été récoltées par le biais de questionnaires auto-administrés (section B- questionnaires en annexe 5), distribués en temps T0. Les données concernant les facteurs psychosociaux ont été collectées par le biais de questionnaires auto-administrés (section D- questionnaires en annexe 5), distribués en temps T1. Les questions couvrent : la qualité et l'étendue du réseau social, la gestion du stress et la qualité des contacts interculturels. Les deux sections (motivations et facteurs psychosociaux) proviennent du questionnaire du projet « Les expériences de l'immigration et le diabète », de Santé Canada (2010). Celui-ci avait fait l'objet d'une validation à la fois de construit (validation de faciès

avec des experts) et de concepts (dimensions basées sur la littérature). Aucune information n'a été trouvée quant à la question de la fiabilité du questionnaire. Toutefois, dans le cadre de notre étude, le degré de répétabilité du questionnaire T0 a été validé par le biais d'un test-retest auprès de trois cinq participants (trois provenant de la Phase I - Cégeps et deux de la Phase II - Établissements de santé).

*Reprise et réussite de la formation d'appoint* : Les données concernant la reprise par un individu et la réussite de la formation ont été collectées directement par le biais des responsables du programme des cégeps participant. Une question sur l'intention de travailler à court (un an) ou à moyen (trois ans) terme dans le système de santé québécois a de plus été ajoutée au questionnaire auto-administré (T0 et T2).

Une description des variables et leur opérationnalisation, compilées dans un premier temps selon la problématique (formation d'appoint), puis en fonction des sous-objectifs de recherche pour en faciliter la compréhension, est disponible en annexe (voir le Tableau IX à l'annexe 5).

*Volet qualitatif* La collecte de données pour le volet qualitatif a été réalisée par le biais de quatre sources distinctes: des questions ouvertes des questionnaires auto-administrés, des entretiens semi-dirigés avec les infirmières DHQ ayant échoué le programme, des groupes de discussion avec les infirmières DHQ ayant complété avec succès le programme et un groupe de discussion regroupant les responsables et des membres du personnel enseignant des cégeps. La liste des facteurs et la méthode de collecte, compilées en fonction des sous-objectifs de

recherche pour en faciliter la compréhension, est disponible en annexe (voir les tableaux IX et X, à l'annexe 6).

Afin d'approfondir certaines questions fermées, sept questions ouvertes ont été ajoutées aux questionnaires auto-administrés (1-T0; 6-T2). Elles ciblent: les motivations de la migration (T0- 2.4), la nature des changements de pratique apportés lors du processus d'intégration professionnelle (T2-1.2b), la discrimination (T2-3.8b), l'expérience générale lors de la formation ou lors de l'intégration en emploi (T2-3.9a), les obstacles auxquels les infirmières ont été confrontées (T2-3.9b), ainsi que les stratégies adoptées pour surmonter ceux-ci (T2-3.9c) et enfin les recommandations pour faciliter l'intégration professionnelle et en emploi (3.10).

Dix-huit entrevues individuelles ont été réalisées entre le mois de novembre 2011 et d'octobre 2012 auprès d'infirmières DHQ ayant échoué leur programme d'*Intégration*, dont neuf provenant du cégep 2, cinq du cégep 1 et quatre du cégep 3. Les entrevues ont une durée moyenne de 45 minutes [min 28min, max 2h09]. Dix des entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants; pour les huit entrevues restantes, la chercheure a pris en note l'essentiel des propos des participants (voir annexe 6 pour la liste des questions). La saturation des thèmes a déterminé la fin de la collecte.

Cinq groupes de discussion ont eu lieu avec les infirmières DHQ ayant réussi le programme d'*Intégration*, dont deux avec le cégep 3, deux avec le cégep 1, et un avec le cégep 2. Les groupes de discussion regroupaient en moyenne 15 participants [min 12, max 25], et ont duré

en moyenne 1h30 [min 1h15, max 2h45]. Tous les groupes de discussion ont été enregistrés avec la permission des participants (voir annexe 6 pour la liste des questions). En se basant sur les taux de réponse obtenus dans les recherches sur les infirmières formées à l'étranger, il était prévu que 30% des infirmières invitées se présenteraient aux groupes de discussion. L'objectif étant d'avoir entre 10 et 15 participants par groupe de discussion. Or entre 45 et 60% d'entre elles ont répondu à l'invitation. Comme un des objectifs de l'approche qualitative est de donner une voix aux participants, il a été décidé de ne pas exclure certaines d'entre elles pour les groupes de discussion. Dans la plupart des groupes, les participants ont été divisés en deux groupes de discussion. Pour un des groupes (n=25), cette solution n'a pas été possible à cause de conflits d'horaires.

Un groupe de discussion d'une heure et demie a été réalisé avec les trois coordonnatrices des programmes et deux enseignantes, pour un total de cinq participants. Le groupe de discussion a été enregistré avec la permission des participants. Une validation de certains points concernant la structure des programmes et la formation de l'équipe de travail a été réalisée avec les responsables des programmes pour valider les informations recueillies (voir annexe 7 pour la liste des questions).

## **5.4.2 Phase II: Établissements de santé**

### **5.4.2.1 Population cible et échantillonnage**

Dans la région de Montréal, treize établissements de santé ont fait appel aux services de Recrutement Québec dans le but de recruter des infirmières DHQ lors de missions en France dans les cinq dernières années (RSQ, 2011). Un quatorzième établissement du milieu



anglophone a été approché puisque celui-ci intègre un nombre important d'infirmières DHQ. Ces établissements embauchent des infirmières DHQ-AEC suite à la réussite de leur programme de formation d'appoint et représentent les plus grands employeurs de DHQ dans la région de Montréal (OIIQ, 2013). Ces établissements regroupent des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers et des Centres de Santé et des Services Sociaux (CSSS) et des instituts. Neuf de ces établissements de santé ont accepté de participer à cette étude, pour un total de 14 sites différents<sup>14</sup>. L'échantillon regroupe l'ensemble des infirmières DHQ ayant intégré les neuf établissements de la région de Montréal entre septembre 2011 et septembre 2012. En s'appuyant sur le calcul de Lenth (2006-9), un échantillon (par cohorte) de 43 DHQ ayant quitté leur formation/emploi assure une puissance de .949 ( $\alpha=.05$ , SD 1.96). En ce qui concerne les DHQ en début d'emploi, selon les données de l'OIIQ, 20% de celles-ci ne renouvellent pas leur permis suite à leur première année de travail (OIIQ, 2010). En questionnant les établissements, il faut ajouter un roulement inter-organisation d'environ 10%, en plus de demandes de congés de maladie. En restant conservateur, afin d'avoir un échantillon de DHQ ayant quitté leur emploi dans les 12 mois suivant la fin de la période de probation, un échantillon total minimum de 141 DHQ était requis.

#### **5.4.2.2 Collecte de données**

Suite à l'approbation des comités d'éthique (procédure multicentrique – neuf établissements), la collecte des données a débuté en novembre 2011 et a été complétée en juin 2013. Tout comme pour la Phase I- Cégeps, la planification de la collecte des données dans les établissements de santé a été réalisée dans l'optique de tenir compte des stades d'intégration

---

14 À l'origine, douze établissements et deux CSSS avaient été approchés. Toutefois, les deux CSSS et un des établissements n'ont pas embauché de DHQ répondant aux critères d'inclusion durant la période visée, et un des établissements a dû se retirer de l'étude par manque de temps suite à une restructuration de ses ressources humaines et à un changement de sa direction générale.

de Pilette (1989). Une première rencontre a eu lieu dans les quatre premières semaines de la période de probation (T0, n=156), une deuxième vers le 6<sup>e</sup> mois après la réussite de la probation (T1, n= 79) et la dernière rencontre, 12 mois après la réussite de la probation (T2, n=73). Durant chacune de ces rencontres, les infirmières DHQ ont été invitées à compléter un questionnaire d'environ 30 minutes, à même leur unité de soins et durant leurs heures de travail. Le questionnaire sera décrit dans la prochaine section. Au total, 37 des questionnaires T1 et T2 ont été combinés en un seul questionnaire T1-T2. Cette situation est due aux délais de réponse au questionnaire T0, ou dans la remise du questionnaire T1. La date exacte du départ de l'emploi et le lieu de la formation d'appoint ont été obtenus le cas échéant, par le biais des ressources humaines des établissements de santé. Une description de la collecte de données globale est proposée en annexe (pour une vue globale de la collecte, voir figure XV à l'annexe 8).

*Volet quantitatif* L'ensemble des infirmières DHQ ayant intégré les neuf établissements de santé ciblés (établissements 1 à 9<sup>15</sup>) durant la période de l'étude ont été contactées, pour un total de 176 participantes potentielles en T0. De ces dernières, 156 ont accepté de participer à l'étude (88 %). Sur l'ensemble, cinq questionnaires ont été rejetés car la majorité des réponses correspondaient à des «refus de répondre»<sup>16</sup>. De plus, quatre des questionnaires n'avaient pas d'information quant aux valeurs individuelles et neuf des questionnaires avaient la même valeur pour ces questions. Par conséquent, ces questionnaires n'ont pu être inclus dans la régression logistique multiple. Ce qui donne un total de 143 questionnaires. Le taux d'échec

---

15 Certains des neuf établissements ciblés ont plus d'un site, ce qui donne un total de 14 milieux de collecte.

16 Les participants sont répartis comme suit : établissement 1(E) - 56, E2 - 7, E3- 16; E4- 24; E5-11; E6-8, E7-6, E8-2; E9-13.

de la probation (3 mois) pour ces cohortes est de 5 % (8/143)<sup>17</sup> répartis comme suit : E1 1/56; E2 1/7; E3 0/16; E4 3/24; E5 0/11; E6 1/8; E7 0/6; E8 0/2 et E9 2/13. Le pourcentage de départ – court terme (soit un an post-réussite de la probation) est de 43 % (57/135), répartis comme suit : E1 19/55; E2 4/6; E3 5/16; E4 13/21; E5 4/11; E6 4/7; E7 4/6; E8 0/2, et E9 7/11.

*Description du questionnaire auto-administré - établissements de santé* Tout comme pour la phase de collecte visant les cégeps, trois questionnaires auto-administrés ont été utilisés lors de la collecte de données quantitatives pour la Phase II- Établissements de santé (voir Questionnaires T0, T1 et T2, en annexe 9). Le premier s'intéresse au portrait sociodémographique, aux motivations de la migration, à l'expérience et la formation antérieure, aux valeurs de l'infirmière DHQ et à l'intention de pratiquer au Québec en tant qu'infirmière. Le deuxième questionnaire s'intéresse à la perception des DHQ des valeurs organisationnelles de l'établissement où elles ont été embauchées. Le troisième questionnaire porte sur l'étendue de changement de pratique, les valeurs individuelles post-intégration en emploi, la gestion du stress et la perception des attitudes sociétales (discrimination). De plus, ce dernier questionnaire inclut des questions ouvertes à réponse courte sur la teneur des changements de pratique et des comportements discriminatoires à leur égard, ainsi que des questions concernant leur appréciation du soutien à l'intégration en emploi offert par leur employeur, des obstacles auxquels elles ont été confrontées, sur les stratégies mises en place

---

17 Les données sur le taux de réussite à la probation doivent être prises avec un bémol. En effet, les infirmières DHQ-AEC ont des taux d'échec à la probation plus importants que chez les infirmières PTR/PRT (pour l'établissement E %, on parle d'un échec pour 7/8 de celles entrées dans la cohorte précédant notre collecte). Si bien que certains établissements ont décidé de ne plus embaucher de DHQ-AEC quelques mois avant le début de notre collecte.

pour les surmonter et sur les recommandations proposées pour bonifier les stratégies mises en place par les établissements de santé pour faciliter leur transition. Les questions ouvertes seront abordées à la section "Volet qualitatif". La prochaine section présente une description des variables et les caractéristiques psychométriques des questionnaires présentés.

*Caractéristiques sociodémographiques :* Les données concernant les caractéristiques sociodémographiques ont été récoltées par le biais de questionnaires auto-administrés (section A- Questionnaire en annexe 9), distribués en temps T0. Les questions sont les mêmes que pour les questionnaires auto-administrés distribués aux infirmières DHQ en formation d'appoint et couvrent : le statut civil actuel, le statut d'emploi actuel, l'année et le lieu de naissance, la religion et la langue, l'éducation et l'expérience de travail antérieures. Une question concernant la correspondance entre le statut actuel d'emploi et les compétences antérieures, ainsi que deux questions concernant le type de stage d'intégration (clinique ou en institution d'enseignement) et le lieu de la formation d'appoint le cas échéant ont été ajoutées au questionnaire pour les DHQ en formation d'appoint. La question concernant le travail à temps partiel lors de la formation d'appoint a été retirée de celui-ci. Les valeurs culturelles ont été évaluées par le biais de l'échelle de Yoo et al. (2011), basée sur les dimensions d'Hofstede (2005). Pour plus d'informations concernant les caractéristiques psychométriques des questionnaires, consulter la section 5.8.1.2.

*Motivations de la migration et facteurs psychosociaux :* Les données concernant les motivations individuelles de l'immigration ont été récoltées par le biais de questionnaires auto-administrés (section B- questionnaires en annexe 9). Ces derniers ont été distribués en temps

T0. La section du questionnaire provient du projet « Les expériences de l'immigration et le diabète », de Santé Canada (2010). Une question concernant le type de recrutement a de plus été ajoutée au questionnaire. Les données concernant les facteurs psychosociaux ont été récoltées par le biais de questionnaires auto-administrés (section D- questionnaires en annexe 8), qui seront distribués en temps T1. La section du questionnaire provient du projet « Les expériences de l'immigration et le diabète », de Santé Canada (2010). Les questions couvrent : la qualité et l'étendue du réseau social, la gestion du stress et la qualité des contacts interculturels. Pour plus d'informations concernant les caractéristiques psychométriques des questionnaires, consulter la section 5.8.1.2.

*Maintien en emploi* : Les données concernant le maintien en emploi ou en formation seront collectées directement par le biais des établissements. Ces derniers ont été contactés à chaque mois pour faire le bilan des départs du dernier mois. Une question sur les intentions de rester à l'emploi et dans la profession infirmière au Québec est de plus ajoutée au questionnaire auto-administré (T0 et T2).

Pour plus de détails, une description des variables et leur opérationnalisation ont été compilées dans un premier temps selon la problématique (réussite de la probation et rétention court terme/moyen terme), puis en fonction des sous-objectifs de recherche pour en faciliter la compréhension. Cette description est disponible en annexe (voir les tableaux XI et XII, à l'annexe 10).

*Volet qualitatif* La collecte de données pour le volet qualitatif a été réalisée par le biais de quatre sources distinctes: des questions ouvertes des questionnaires auto-administrés, des entrevues semi-dirigées avec les infirmières DHQ ayant quitté –de manière volontaire ou non- leur emploi durant la période de probation ou les douze premiers mois suivant la réussite de la période de probation, des entrevues semi-dirigées avec des infirmières DHQ toujours à l'emploi un an après la réussite de la période de probation et un groupe de discussion regroupant des membres des ressources humaines, de la direction des soins infirmiers et du recrutement des établissements ciblés. La liste des facteurs ainsi que la méthode de collecte ont été analysées en fonction des sous-objectifs de recherche pour en faciliter la compréhension (voir tableau IX à l'annexe 10).

Afin d'approfondir certaines questions fermées, sept questions ouvertes ont été ajoutées aux questionnaires auto-administrés (1-T0; 6-T2). Douze entrevues individuelles ont été réalisées entre le mois de novembre 2011 et de mai 2013 auprès d'infirmières DHQ ayant quitté de manière volontaire (n=8) ou non (n=4) leur emploi durant les douze premiers mois suivant leur embauche, dont trois de l'établissement 1, un de l'établissement 2, deux de l'établissement 3, un de l'établissement 4, trois de l'établissement 5 et trois de l'établissement 9. Afin de respecter la répartition des infirmières selon l'origine de leur diplôme, huit ont été réalisées avec des infirmières PRT françaises, une avec une infirmière PRT non française et trois avec des infirmières DHQ-AEC. Les entrevues ont une durée moyenne de 50 minutes [min 26min, max 1h15]. Onze des entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants; pour les deux entrevues restantes, la chercheure a pris en notes l'essentiel des propos des participants.

Au total, douze entrevues semi-dirigées ont eu lieu avec les infirmières DHQ toujours à l'emploi dans leur établissements d'accueil un an après le début de leur emploi, quatre de l'établissement 1, un de l'établissement 2, un de l'établissement 3, deux de l'établissement 4, un de l'établissement 5, un de l'établissement 7, un de l'établissement 8 et un de l'établissement 9. En ce qui a trait de l'origine de leur diplôme, sept des entrevues ont été réalisées avec des infirmières PRT françaises, trois avec des infirmières PRT non françaises et deux avec des infirmières DHQ-AEC. Les entrevues ont une durée moyenne de 45 minutes [min 28min, max 1h27]. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec la permission des participants.

Un groupe de discussion d'une heure et demie a été réalisée avec quatre représentants de la direction des soins infirmiers et trois représentants des ressources humaines des établissements, pour un total de sept participants. Le groupe de discussion a été enregistré avec la permission des participants. Une validation de certains points concernant la structure des programmes et la formation de l'équipe de travail a été réalisée avec les responsables des programmes. Pour s'assurer que tous les établissements de santé partageaient leur expérience, cinq entrevues individuelles ont de plus été réalisées avec la personne responsable des DHQ dans les quatre établissements n'ayant pu libérer de représentants pour le groupe de discussion.

### 5.4.3 Récapitulatif de la collecte de données

La figure XVI (ci-dessous) propose un portrait récapitulatif des différentes phases de collecte de données.

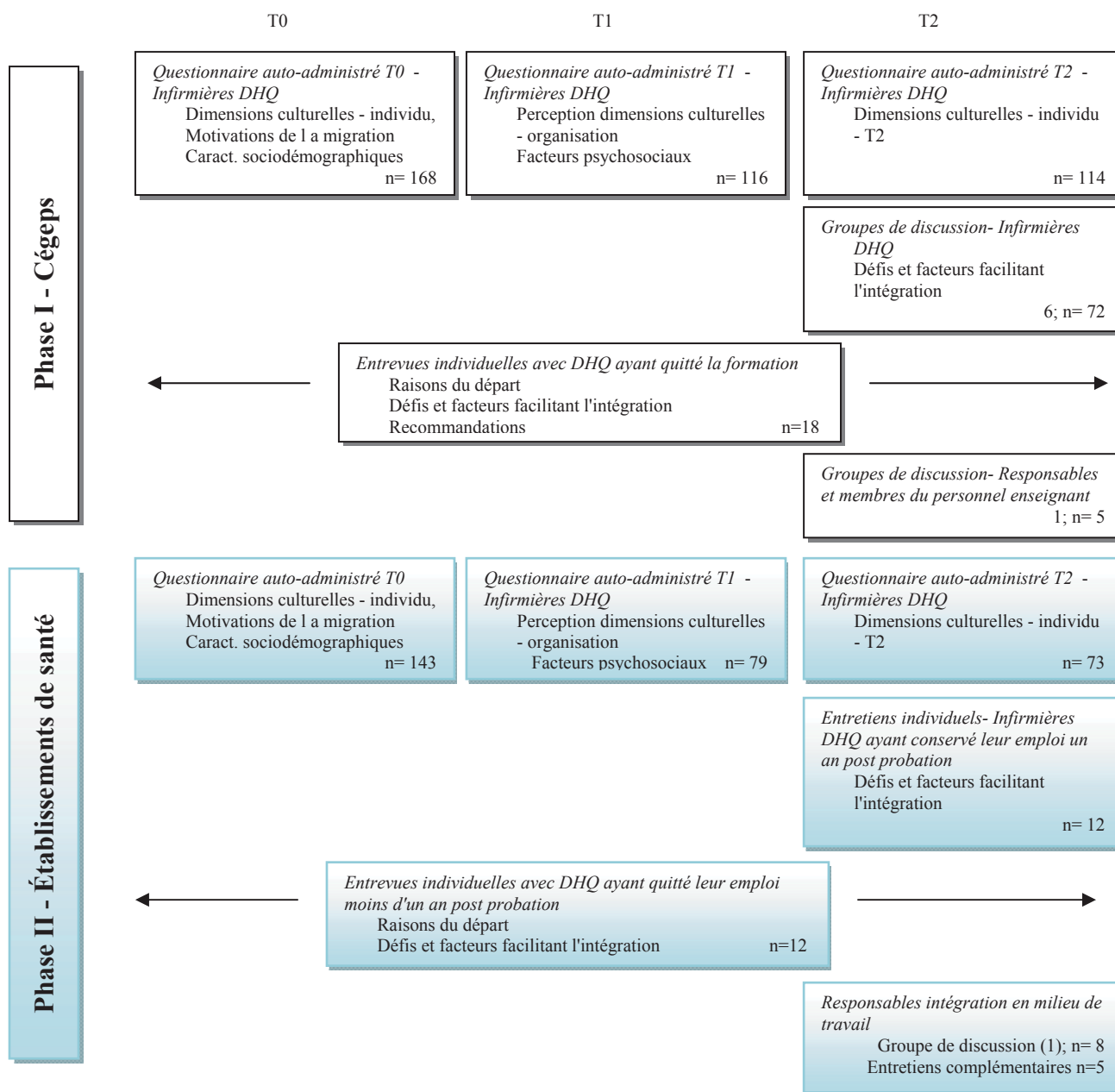


Figure XX: Récapitulatif de la collecte de données - Phase I et II



## 5.5 Analyse des données

### 5.5.1 Analyse des données - Volet quantitatif

L'analyse des données quantitatives a été réalisée en deux temps. Dans un premier temps, une analyse descriptive des données (moyennes, écarts-types, fréquences) a été réalisée pour chacune des variables. Puis, une analyse de régression logistique multiple incluant les facteurs explicatifs de la rétention ciblés a été réalisée. La structure d'analyse des questionnaires auto-administrés concernant les variables indépendantes (caractéristiques individuelles) est fournie au tableau 4 en annexe 2. La variable dépendante (dichotomique) a été définie comme le succès ou l'échec à la formation d'appoint. La méthode de régression de rapport de vraisemblance a été préférée à celle de la statistique de Wald, vu la taille de l'échantillon. Malgré sa sensibilité à la taille de l'échantillon, le test de Hosmer et Lemeshow a tout de même été réalisé à des fins indicatives uniquement. Les variables manquantes ou les refus de répondre ont été laissés vides. Les deux étapes de l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS v.20. Considérant la corrélation élevée (supérieure à .6) entre les variables de valeurs (entre elles et avec les autres variables indépendantes), celles-ci ont été retirées de la régression logistique multiple. Ces variables ont été analysées séparément par le biais d'une analyse de corrélation bivariée. Une description détaillée de la structure d'analyse des variables est disponible en annexe (voir annexe 11).

### 5.5.2 Analyse des données - Volet qualitatif

*Volet qualitatif* Pour chacun des groupes de discussion et entrevues individuelles, un verbatim a été réalisé. Chaque groupe de discussion a été enregistré avec deux enregistreuses et les deux versions ont été retranscrites et comparées pour maximiser la qualité du verbatim. Les

réponses aux questions ouvertes des questionnaires auto-administrés ont quant à elles été compilées pour faciliter leur traitement. Les données ont été analysées par la suite par le biais d'une analyse thématique, dans une approche déductive (Paillé & Mucchielli, 2003). Afin de s'assurer de la qualité des résultats qualitatifs, une attention particulière a été portée à la question de rigueur et plus spécifiquement aux critères de crédibilité, de transférabilité, de constance et de fiabilité (Lincoln et Guba, 1985). La question de la crédibilité des résultats a été abordée à la fois par la quantité et la diversité des acteurs interrogés et par la démarche de triangulation des données avec celles obtenues par la démarche quantitative. De plus, les transcriptions ont été réalisées dans la semaine suivant les entretiens, favorisant une meilleure interprétation des données recueillies. Afin de s'assurer que notre démarche réponde aux critères de transférabilité, une attention particulière a été portée à l'exploration du contexte et à la description de la méthodologie de recherche. Afin de s'assurer de la constance des résultats, les codes ont été validés par une chercheure ayant réalisé une étude qualitative sur la problématique de l'intégration des DHQ. De plus, quatre entretiens (deux pour le volet cégep et deux pour le volet établissements de santé) ont été analysés avec une procédure de codage-recodage afin d'assurer la stabilité du processus dans le temps. Enfin, les résultats de l'étude ont été mis en parallèle avec ceux des autres études portant sur l'intégration des infirmières immigrantes, dans une optique de s'assurer de la fiabilité des résultats.

### **5.5.3 Intégration des deux volets d'analyse**

La triangulation permet de conserver les méthodes d'analyses de données à la fois des approches qualitatives et quantitatives, en permettant un amalgame des résultats lors de l'interprétation (Creswell et Clark, 2007). Une fois les volets qualitatif et quantitatif analysés

indépendamment, l'intégration de ceux-ci a été réalisée à l'étape de l'interprétation des résultats, le volet qualitatif venant expliquer les résultats quantitatifs, tout en permettant de donner une voix aux infirmières DHQ interrogées.

## **5.6 Considérations éthiques**

En accord avec les politiques et directives de l'Université de Montréal en matière de recherche, le protocole de l'étude a été présenté au Comité d'éthique sur la recherche chez les êtres humains de la Faculté de médecine (CERFM) pour approbation. L'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal (11-033-CERFM-D) pour l'ensemble du projet a été obtenue le 5 mai 2011. En ce qui concerne le volet concernant la formation d'appoint, l'approbation des comités d'éthiques a été reçue le 17 mai 2011 pour le cégep 1 et le 28 juin 2011 pour le cégep 3. Le cégep 2 ne possédait pas de comité d'éthique au moment de l'étude. Ainsi, l'approbation du projet a été octroyée par la direction de l'institution ainsi que de la formation continue en juillet 2011. En ce qui a trait à la période de probation et la rétention en établissement de santé, le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal a été ciblé comme Centre d'éthique à la recherche (CER) principal (MP-CHUM-11.060). L'approbation préliminaire a été reçue le 22 août 2011; la dernière des approbations finales des huit CER locaux a été reçue le 5 décembre 2011.

Lors de la collecte de données, tous les participants ont donné leur consentement de manière volontaire, par écrit (voir Formulaire de consentement : annexe 12). Une attention particulière a été portée au respect de la confidentialité des informations fournies par les participants. Les informations normatives recueillies ont été recodées par le biais d'un code anonyme,

empêchant toute traçabilité par des tiers. Lors de la retranscription des verbatim, les participants ont aussi reçu un code anonyme. La grille d'association entre les informations normatives et les codes anonymes n'est accessible qu'à la chercheuse principale. Les données seront gardées au service des archives de l'Université de Montréal pour une période de sept ans.

La prochaine section présente les résultats de l'étude. Ceux-ci sont présentés pour chacun des trois volets de l'étude, à savoir Volet 1- Réussite à formation d'appoint, Volet 2- Réussite de la période de probation, et Volet 3- Rétention à court et moyen terme.

## **6. Résultats - Facteurs explicatifs de la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

### **6.1 Objectif 1: Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

Les variations dans les caractéristiques individuelles telles le niveau de formation, l'expérience antérieure de travail et le pays d'origine (reflet indirect de la qualité de la formation) sont souvent questionnées afin d'expliquer le faible taux de succès des infirmières DHQ à la formation d'appoint. Cette première section vise dans un premier temps à décrire le profil individuel des infirmières DHQ ayant participé à l'étude, avant de présenter l'influence relative de ces caractéristiques sur la réussite à la formation d'appoint.

#### **6.1.1 Description des infirmières DHQ du programme d'Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B**

L'analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques telles l'âge, le sexe, la maîtrise de la langue de formation, l'état civil, le pays et la région d'origine, dresse un portrait hétérogène des infirmières DHQ ayant participé à l'étude (pour plus de détails, voir tableau X à l'annexe 13).

Lors de la formation, 14% des infirmières DHQ étaient âgées de moins de 30 ans, alors que plus des deux tiers avaient plus de 40 ans, dont 4% plus de 50 ans. Au total, 23% des infirmières étaient des hommes, ce qui est plus élevé que la moyenne provinciale (10%, OIIQ 2012). Si 29% des infirmières interrogées estimaient avoir une maîtrise parfaite de la langue de leur formation d'appoint (anglais ou français selon le cégep), plus du tiers (36%) estimait leur niveau à intermédiaire ou moins. Le quart des infirmières DHQ (24%) était célibataire,

alors qu'une forte majorité (65% et 5% respectivement) était mariée ou conjointe de fait. Les deux tiers (63%) avaient un ou des enfants à charge de moins de 18 ans.

Une majorité des infirmières DHQ provenait d'Asie (28%, dont 23% des Philippines), du Maghreb (19%, dont 9% pour l'Algérie et 8% pour le Maroc), d'Amérique centrale et des Caraïbes (14%, dont 12% d'Haïti), d'Amérique du Sud (13%, dont 5% du Brésil, 4% de Colombie et 3% du Pérou), et 11% d'Europe de l'Est et de la Russie. La balance des infirmières provenait d'Afrique subsaharienne (9%), du Moyen-Orient (3%) et d'Amérique du Nord (1% - États-Unis) (voir le tableau XIII - récapitulatif des caractéristiques individuelles, à l'annexe 13).

*Valeurs* En s'appuyant sur le cadre d'analyse de la typologie d'Hofstede (Hofstede & Hofstede 2007)<sup>18</sup>, l'analyse descriptive permet d'avancer que, tout comme pour les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs des infirmières DHQ sont loin d'être homogènes. Les résultats sont présentés par chacune des cinq dimensions de valeurs, soit : l'individualisme/collectivisme, la distance au pouvoir, l'évitement de l'incertitude, la masculinité/féminité, et le court terme/long terme.

**Individualisme versus Collectivisme** Les concepts *d'Individualisme versus Collectivisme* réfèrent à l'étendue selon laquelle les besoins et aspirations des individus ont la priorité et l'importance en comparaison avec les besoins des autres et ceux de la collectivité (Tirmizi 2008). Ainsi, les cultures individualistes telles que celles du Canada et du Québec vont

---

<sup>18</sup> Cette typologie vise à faciliter la compréhension de l'influence de la culture et de son impact organisationnel.

prioriser l'autonomie personnelle, la liberté, l'accomplissement individuel et le droit à la vie privée, alors que dans les cultures collectivistes l'accent est mis sur la loyauté au groupe et au clan, la sécurité et l'ordre dans les organisations (Trompenaars et Hampden-Turner 1998). Concernant cette dimension, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 2.5 avec un écart-type de 0.7 [min. 1, max. 5], où 1 est égal à une orientation collectiviste et 5 à une orientation individualiste.

**Distance face au pouvoir** Dans les sociétés valorisant la réussite telles que le Canada, la reconnaissance et la position hiérarchique sont déterminées par la compétence et la performance (Trompenaars et Hampden-Turner 1998). À l'opposé, les cultures valorisant l'attrition vont avoir un système de pouvoir lié à la hiérarchie organisationnelle plutôt que la performance. En ce qui concerne la dimension de la distance au pouvoir, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 3.7 avec un écart-type de 0.7 [min. 1.2, max. 5 - voir graphiques en annexe 3], où 1 est égal à une orientation hiérarchique faible et 5 une orientation hiérarchique forte.

**Évitement de l'incertitude** Dans les cultures universalistes, les interactions, les échanges et accords sont guidés par les lois, règles collectives et procédures formelles afin de limiter l'incertitude (Tirmizi 2008). L'accent est mis sur les contrats et les règles, alors que dans les cultures particularistes les règles formelles et les procédures sont limitées; les facteurs contextuels et relationnels jouent par conséquent un rôle central dans la manière dont les situations sont abordées (Trompenaars et Hampden-Turner 1998). Le Canada est un pays avec une légère tendance à l'évitement de l'incertitude. En ce qui concerne la dimension de

l'évitement de l'incertitude, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 1.7 avec un écart-type de 0.5 [min. 1, max. 3], où 1 est égal à une orientation mettant l'emphase sur les règles et procédures et 5 une orientation particulariste. Ces différences culturelles peuvent avoir une influence notamment sur la capacité de remise en question et le jugement critique.

**Masculinité/féminité** Pour Hofstede (2007), les sociétés se distinguent par le degré de différenciation des individus selon leur genre lors de l'assignation des rôles, du pouvoir, du statut, etc. Dans les sociétés masculinistes, les rôles sexués sont clairement définis et différenciés, et la performance et l'indépendance sont valorisés, et les démonstrations de masculinité sont acceptables. À l'opposé, dans les cultures féminines, l'interdépendance et les relations sont importantes; les rôles ne sont pas définis en fonction du genre ni du sexe biologique, et la qualité de vie est une valeur centrale (Tirmizi 2008). Le Canada est un pays à orientation centrale quoique légèrement masculiniste. En ce qui concerne la dimension de la masculinité/féminité, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 3.2 avec un écart-type de 1.1 [min. 1, max. 5], où 1 représente l'orientation masculiniste et 5 l'orientation féministe.

**Long terme/court terme** Dimension ajoutée en 2005 pour refléter les différences de pensée entre l'Occident et l'Orient, la dimension long terme/court terme réfère à l'horizon temporel de la pensée de l'individu. L'orientation long terme est associée à la persévérance et l'épargne, alors qu'une orientation court terme se base sur un respect des traditions, un désir de stabilité et une tendance à viser les résultats à court terme. Le Canada, tout comme le Québec, sont des sociétés à orientation court terme. En ce qui concerne la dimension long terme /court terme,



les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 1.77 avec un écart-type de 0.5 [min. 1, max. 3.3], où 1 est égal à une orientation long terme et 5 à une orientation court terme.

*Expérience antérieure de travail en lien avec la profession infirmière* Si les orientations de valeurs des infirmières DHQ interrogées diffèrent, celles-ci ont toutefois des niveaux d'expérience beaucoup plus homogènes. Près du deux tiers (61%) des infirmières DHQ interrogées possédait plus de cinq ans d'expérience de travail en soins infirmiers à leur arrivée au Québec, contre 12% ayant moins d'un an d'expérience de pratique. Pourtant, les trois quarts (75%) des infirmières DHQ ne possédaient pas d'expérience dans un contexte où le travail de l'infirmière était similaire à celui demandé au Québec, contre 10% qui en possédaient plus de cinq ans. Une faible proportion, soit 11% des infirmières DHQ, a souligné qu'elle occupait un emploi à temps plein ou à temps partiel durant la formation d'appoint, souvent en tant que préposé aux bénéficiaires. Cet emploi leur permettrait une première expérience dans le système de santé québécois.

*Formation antérieure en lien avec la formation infirmière* Les niveaux de formation des infirmières interrogées sont aussi assez semblables. Les deux tiers des infirmières DHQ interrogées possédaient un DEC, contre une minorité (6%) ayant un diplôme d'études supérieures (maîtrise ou doctorat). Près des deux tiers (62%) des infirmières DHQ interrogées ont exprimé avoir apporté un peu ou modérément de changements dans leur pratique suite à la formation d'appoint, alors que le quart (26%) a beaucoup modifié sa façon de faire. Enfin, 4% des infirmières estiment n'avoir apporté aucune modification à leur pratique suite au programme d'*Intégration*.

*Parcours migratoire* Les parcours migratoires des infirmières DHQ sont aussi très variés. Les deux tiers des infirmières DHQ interrogées avaient immigré au Québec dans les deux dernières années, dont 3% dans les 12 derniers mois. Toutefois, 18% avaient immigré depuis plus de cinq ans, dont certaines depuis plus de 10 ans. Pour 74% d'entre elles, venir s'établir au Québec représentait leur première expérience de migration à l'étranger. Plus du quart (29%) des infirmières DHQ a migré seule. Près des trois quarts des infirmières (74%) ont immigré en tant que migrant économique ou professionnel, contre 12% en tant que travailleur temporaire. Une minorité (respectivement 6% et 5%) est venue par le biais de parrainage ou en tant que réfugié. Un total de 41% (64/155) des infirmières DHQ interrogées disaient être responsable d'envoyer une partie de leurs revenus à leur famille. Ce montant varie entre 2-3% à 50% [moy. 20-25%].

Sur les 139 infirmières DHQ ayant répondu à la question ouverte, les motivations de leur immigration au Québec les plus fréquemment citées sont:

- Meilleure vie (sécurité, meilleur futur) (52/139)
- Accès à un emploi (45/139)
- Accès à de la formation/amélioration des compétences (44/139)
- Réunification ou immigration dans un contexte familial (31/139)
- Salaire/raisons économiques (15/139)
- Expérience de travail à l'étranger (14/139)
- Apprendre une nouvelle langue (14/139)
- Insécurité économique et politique dans le pays d'origine (10/139)

Pour une majorité des infirmières DHQ interrogées, cette migration était pensée à moyen/long terme. À la question « Suite à votre formation d'appoint, combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière au Québec? », 59% des infirmières DHQ ont répondu plus de cinq ans [min 55%, max 67%]. Une a même rajouté « toute ma vie je l'espère ».

### **6.1.2 Résultats des régressions logistiques**

L'analyse descriptive dresse un portrait très diversifié des profils des infirmières DHQ ayant participé à l'étude. Mais lesquelles de ces caractéristiques ont une influence sur la réussite de la formation d'appoint? Afin de répondre à cette interrogation, une analyse logistique multivariée a été réalisée. Les variables prédictives intégrées au modèle consistent en : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation reconnu et le niveau de maîtrise de la langue de formation, le milieu de formation<sup>19</sup>, la région d'origine, le statut légal de migration, le contexte (migré seul/à plusieurs) et les motivations de la migration. Une deuxième régression logistique a été réalisée en isolant les dimensions des valeurs. Les résultats des régressions logistiques sont présentés au tableau XVI (ci-après).

#### **6.1.2.1 Critères de validité du modèle**

Afin de s'assurer de la validité du modèle proposé, la globalité et la qualité de l'ajustement, et la robustesse du modèle ont été testées. Les résultats des différents tests et leur interprétation sont présentés dans cette section.

---

<sup>19</sup> Le milieu de formation a été préféré à la cohorte de formation pour sa plus faible corrélation avec les autres variables indépendantes, et parce qu'il en découlait un modèle avec une force prédictive et un R<sup>2</sup> supérieur.

Test d'ajustement global La non-significativité des résultats du test de Hosmer-Lemeshow ( $\text{sig} = 0,967$ ) a permis le rejet de l'hypothèse nulle. Les prémices de base (multicolinéarité moyenne ou faible, et absence de valeurs extrêmes des résiduels) ont été respectées.

Test de la qualité de l'ajustement – 2LL et R<sup>2</sup> Nagelkerke Le test du modèle entier versus un modèle incluant uniquement la constance est statistiquement significatif  $\chi^2(7, N = 155) = 87.51, p < .001$ , ce qui permet d'avancer que le modèle permet de prédire plus adéquatement la probabilité d'échec à la formation d'appoint que le modèle où  $\beta = 0$ . Considérant le caractère exploratoire de cette étude, un R<sup>2</sup> de plus de 25% serait acceptable (Desjardins 2005). Or, le modèle proposé permet d'expliquer 46,2% de la variation de la variable dépendante (pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 46,2%).

Test de robustesse Le modèle proposé a permis de classifier correctement 88,3% des DHQ ayant réussi le programme, et 62,5% de celles ayant échoué la formation, pour un pourcentage global de 79,5%. Les résultats aux tests d'ajustement global, de la qualité de l'ajustement et de la robustesse du modèle permettent de conclure en la validité du modèle.

Tableau XIV : Résultats de la régression logistique multivariée et des régressions logistiques – dimensions des valeurs

Variable prédicatrice	B	Wald $\chi^2$	P	Odds Ratio
Âge	0,099	5,432	0,020**	1,10
Maîtrise de la langue de formation (intermédiaire ou plus)	-1,639	5,709	0,017**	0,19
Contexte migratoire (accompagné lors de la migration)	-1,592	5,815	0,016**	0,20
Raison immigration : Aventure	2,741	4,635	0,031***	15,50
Milieu de formation (ref = cégep 2)		7,602	0,022**	
Cégep 1	-1,813	6,681	0,010***	0,16
Cégep 3	-1,781	2,489	0,115	0,17
Région d'origine (ref = Asie)		10,697	0,013**	
Amérique centrale et Caraïbes	-1,825	1,978	0,16	0,16
Maghreb	0,417	0,114	0,735	1,52
Autre régions	-1,748	2,701	0,10*	0,17
Constante	-3,601	2,285	0,131	0,03

Variable prédicatrice	B	Wald $\chi^2$	P	Odds Ratio
<b>Dimension des valeurs</b>				
Homme/Femme	(0,658)		0,417	
Distance avec le pouvoir	(0,857)		0,355	
Individualisme/Collectivisme	(1,703)		0,192	
Évitement de l'incertitude	(0,015)		0,902	
Long terme/court terme	(0,157)		0,692	
Constante	-0,487	8,660	0,003***	0,615

\*  $p \leq 0,10$     \*\*  $p \leq 0,05$     \*\*\*  $p \leq 0,01$

### 6.1.1.3 Interprétation des résultats des régressions logistiques

Le tableau XIV (ci-dessus) illustre le coefficient de régression, le test de Wald et le rapport des cotes pour chacune des variables prédictives. En utilisant le critère de signifiante de 0.05, les variables représentant l'âge, la maîtrise de la langue, le contexte migratoire, la motivation de l'immigration (aventure), une des variables contrôlant pour la région d'origine, ainsi que deux des variables du milieu de formation semblent avoir un effet partiel sur la probabilité d'échec à la formation.

Nos résultats semblent démontrer que l'âge de l'infirmière a une influence sur ses probabilités de réussite de la formation d'appoint. Ainsi, toutes autres variables constantes, une

augmentation de cinq ans augmenterait de 61% les chances d'échouer la formation. Le ratio des cotes inversées suggère qu'une maîtrise de la langue de formation de niveau intermédiaire avancée ou experte augmente de 5,36 fois les chances de réussir la formation d'appoint.

La variable « région d'origine » ayant plus de deux catégories, celle-ci a été codée avec la catégorie « Asie » comme catégorie de référence. Aucune des variables sauf le groupe de référence n'a atteint le seuil significatif de 0,05. Toutefois, les variables « Autres régions » s'en rapprochant (respectivement  $p=0,10$  et  $p=0,16$ ), celle-ci a été inclus avec un bémol dans l'analyse<sup>20</sup>. Les ratios de cotes inversées pour ces variables indiquent que la probabilité d'échouer la formation des infirmières DHQ en provenance d'Asie est 5,88 fois plus élevé que pour les infirmières DHQ des autres régions. Les variables contrôlant pour l'état civil et le fait d'avoir des enfants à bas âge ne sont pas significatives.

Aucune des valeurs prédictives contrôlant les orientations de valeurs, l'expérience et la formation antérieure en lien avec la profession infirmière n'est significative.

Le ratio de cotes inversées indique que le fait de migrer seul augmente de 5 fois les chances d'échouer à la formation d'appoint, suggérant que les facteurs de soutien psychosociaux ont un impact relativement important sur la réussite à la formation. Les raisons de l'immigration semblent aussi avoir un impact sur la réussite à la formation d'appoint. Ainsi, les infirmières DHQ ayant migré dans une optique d'aventure et d'exploration ont 15,50 fois plus de chances

---

<sup>20</sup> En prenant en considération l'échantillon réduit, l'association entre les variables et le fait que la méthode d'analyse utilisée (logistique) réduit la performance à un état de succès ou d'échec, un seuil de significativité de  $p<.10$  a été utilisé afin de ne pas exclure de variables dont la contribution au modèle aurait été plus faible (Desjardins, 2005).

d'échouer leur formation d'appoint. Toutefois, les variables motivations économiques/financières, motivations pour le développement de carrière, et motivations familiales n'ont pas atteint le seuil de significativité.

Enfin, la variable « milieu de formation » a été codée avec le cégep 2 comme groupe de référence. Seule la variable de cégep 1 a atteint le seuil significatif de 0,05 ( $p=0,01$ ). Toutefois, la corrélation entre la variable cégep et les autres variables peuvent entraîner une sous-estimation de la significativité de cette variable. Dans cette logique, la variable cégep 3 se rapprochant du seuil de significativité ( $p=0,115$ ), celle-ci a été incluse dans l'analyse à titre indicatif. Ainsi, toutes autres étant égales par ailleurs, les ratios de cotes inversées pour les variables « milieu de formation » indiquent que les probabilités d'échouer la formation dans le cégep 2 est 6,25 fois plus élevé que dans le cégep 1 et 5,88 fois plus élevé que dans le cégep 3.

En résumé, il en ressort que les variables individuelles ayant une influence sur la réussite des infirmières DHQ sont l'âge, la maîtrise de la langue de formation, la région d'origine et le fait d'immigrer seule ou accompagnée. L'influence des caractéristiques individuelles sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint est toutefois partielle. Une variable externe, soit le milieu de formation, semble aussi avoir une influence considérable sur la réussite de la formation d'appoint. La prochaine section tente d'explorer ce résultat, en tentant de déterminer l'influence des caractéristiques du milieu de formation sur la réussite de la formation d'appoint.

## **6.2 Objectif 2: Déterminer l'influence de l'environnement de formation sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

Avant de se questionner sur l'influence de l'environnement de formation sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint, il est essentiel de décrire les différents contextes de formation et d'en extraire les différences et similarités. Afin de faciliter la compréhension, les résultats seront traités en fonction des dimensions du modèle de Donabedian (2005) « Structure-Processus-Résultats ». La prochaine section propose dans un premier temps une description des trois cégeps ciblés par cette étude, qui seront ici référés en tant que cégep 1 (C1), cégep 2(C2) et cégep 3 (C3).

En 2011-2012, le programme *Intégration à la profession infirmière CWA.0B* était offert dans six (6) cégeps de la province, dont trois (3) dans la grande région de Montréal. Entre 2008 et 2012, les trois cégeps de la région de Montréal ont accueilli plus de 80% des 500 infirmières DHQ qui, annuellement, doivent compléter un stage en établissement d'enseignement pour satisfaire les critères de reconnaissance de formation. Un récapitulatif des caractéristiques centrales des différents programmes ainsi qu'un descriptif de leur clientèle est proposé au tableau XV (ci-dessous).



**Tableau XV : Récapitulatif des caractéristiques des cégeps 1,2 et 3 (structure, processus, résultats) et descriptif de la clientèle DHQ ayant participé à l'étude**

	Cégep1	Cégep2	Cégep3
<b>Structure du programme</b>			
<b>Localisation</b>	Centre-ville	Sur l'île - Périphérie	Extérieur de l'île
<b>Laboratoires attitrés</b>	Oui	Non	Oui
<b>Stabilité de l'équipe</b>	Fort roulement	Fort roulement	Faible roulement
<b>Enseignants : formation en andragogie et/ou en interculturel</b>	Non	Non	Non, mais possibilité d'avoir accès en ligne à du matériel d'autoformation en interculturel
<b>Processus du programme</b>			
<b>Langue de formation</b>	Français	Français	Anglais
<b>Formation offerte</b>	Tronc régulier et les 4 formations complémentaires	Tronc régulier, soins de longue durée et périnatalité	Tronc régulier et les 4 formations complémentaires (intégré DEC)
<b>Modules de formation</b>	Consécutifs	Consécutifs	Concurrents
<b>Tests d'admission</b>	Oui : langue, entrevue individuelle, test de mathématiques (nouveau : cohorte 2)	Oui : langue, entrevue individuelle Test de mathématiques non discriminant	Non
<b>Répartition temporelle des stages</b>	Deux derniers modules (fin de formation)	Deux derniers modules (fin de formation)	Deux derniers modules (tout au long de la formation)
<b>Préparation aux examens cliniques objectifs structurés (ECOS)</b>	Non	Oui	Oui
<b>Résultats</b>			
<b>Taux de réussite – cohortes de l'étude</b>	71,8%	50%	66,7%
<b>Description de la clientèle</b>			
<b>Âge</b>	+ âgée (39% plus de 40 ans)	+ âgée (39% plus de 40 ans)	+ jeune (25% moins de 25 ans);
<b>Région d'origine</b>	Amérique centrale et Caraïbes, Maghreb, Afrique subsaharienne et Europe de l'est	Amérique centrale et Caraïbes, Amérique du Sud, Europe de l'Est	Asie (Philippines)
<b>Expérience antérieure</b>	+++	+++	-
<b>Formation BAC/maîtrise</b>	31%	47%	23%
<b>Statut lors de l'immigration</b>	90% résidents permanents	83% résidents permanents	53% résidents permanents 29% travailleurs temporaires

*Cégep 1 (C1)* : Pendant longtemps, l'actualisation de la pratique des infirmières DHQ était réalisée à même la formation régulière en soins infirmiers (DEC). Le constat était que les infirmières DHQ avaient de la difficulté à fonctionner dans le contexte d'études collégiales régulières et que leurs besoins spécifiques n'y étaient pas comblés. Si bien qu'en janvier 2003, le C1 est devenu le premier établissement à offrir l'AEC *Intégration à la profession infirmière au Québec*, à raison de deux cohortes par année. Face à une augmentation importante du nombre de demandes d'admission, une troisième cohorte a été ajoutée en 2006, puis une quatrième en 2009, avant d'atteindre cinq cohortes par année en 2011. Depuis 2009, l'équipe du programme a accès à des salles de cours et des laboratoires attitrés comprenant mannequins, lits, plaies et bras. Le laboratoire n'est plus équipé en pompes depuis le rappel de certains modèles en 2011 et en raison de la pénurie de ce type de matériel sur le marché.

Le C1 offre actuellement le tronc commun de formation (quatre modules F91, F92, F93, F94), et les quatre modules de formation complémentaires prescrits par l'OIIQ. En plus des cours réguliers, le C1 a ajouté des cours en interculturel et en français québécois. Les stages cliniques se déroulent en deux volets, un de 15 jours (qui combine deux jours de stage du F91 et celui de 13 jours du F93) et un de 20 jours (F94). Le programme ne propose pas de pratique d'ECOS. Pour être admis au programme du C1, les infirmières DHQ doivent réussir un test de français consistant en une composition de 30 lignes et une dictée de vocabulaire de soins infirmiers, un test de calcul mathématique (conversions, règle de 3) ainsi qu'une entrevue de sélection. L'entrevue est réalisée avec la coordonnatrice du programme et une professeure du programme, infirmière de profession, qui assure l'évaluation clinique des infirmières DHQ. Depuis la cohorte de septembre 2011, l'admission au programme est conditionnelle à la

réussite aux trois volets, alors que précédemment l'admission n'était conditionnelle qu'à l'examen de français et à l'entrevue de sélection. Plus de la moitié des infirmières DHQ se présentant à la journée d'admission ne réussissent pas un ou plusieurs de ces volets.

L'équipe est composée de la directrice de la formation continue, d'une conseillère pédagogique qui agit comme coordonnatrice du programme et d'une dizaine de professeurs du régulier ainsi que de plusieurs chargés de cours. Il existe un fort taux de roulement dans le corps professoral, qui s'explique par le fait que la formation continue n'offre pas de possibilités de permanence. L'embauche des professeurs est réalisée par les ressources humaines avec les mêmes critères que pour le programme régulier. En théorie, un baccalauréat en sciences infirmières est requis avec au moins trois ans d'expérience, mais la pénurie de professeurs a mené à l'embauche de professeurs soit ne possédant pas de baccalauréat, mais ayant plus d'expérience, soit possédant un baccalauréat, mais peu d'expérience.

La clientèle du C1 est relativement âgée avec 38% des participants ayant de 35 à 39 ans et 39% plus de 40 ans. Un peu plus du quart des infirmières DHQ estiment leur niveau de maîtrise de la langue de formation à intermédiaire ou moins et 33 % se disent de niveau expert. La clientèle du C1 provient majoritairement du Maghreb (41%), d'Amérique centrale et des Caraïbes (23%, dont 21% d'Haïti), d'Afrique subsaharienne (15%) et d'Europe de l'Est (13%). La plupart des participants sont mariés ou conjoints de fait (82%) avec des enfants à charge (72%). Un total de 85% des infirmières interrogées du C1 a plus de cinq ans d'expérience antérieure en soins infirmiers et 69% possèdent une formation de niveau DEC.

Une infirmière sur dix travaillait à temps partiel ou à temps plein durant la formation d'appoint. Pour 85% des infirmières, la migration était récente (moins de deux ans).

*Cégep 2 (C2):* Constatant une demande de plus en plus forte pour le programme *Intégration à la profession infirmière au Québec*, la formation continue du C2 a lancé sa première cohorte le 22 août 2006. Depuis avril 2012, l'équipe du programme a accès à des classes de cours et des laboratoires privés équipés de lits et de mannequins.

Le C2 offre actuellement le tronc commun de formation (quatre modules F91, F92, F93 et F94), en plus de deux des quatre modules de formation complémentaires prescrits par l'OIIQ (soins de longue durée et périnatalité). En cas de prescription de l'OIIQ pour une des deux formations complémentaires non offertes, les DHQ sont référés soit au C1, soit intégrés dans des cohortes d'infirmières suivant le programme régulier. Les stages cliniques se déroulent en deux volets, un de 15 jours (qui combine les deux jours de stage du F91 et celui de 13 jours du F93) et un de 19 jours (F94). Une journée de préparation aux ECOS est ajoutée à la période de stage du F94. Pour être admises au programme, les infirmières DHQ doivent réussir le test de français standard donné aux nouveaux étudiants collégiaux et une entrevue de sélection. En fonction de leurs résultats, les infirmières DHQ seront classées selon quatre catégories. Les étudiants ayant les résultats les plus élevés (première catégorie) n'auront à suivre que les quatre premiers cours de français du programme. Les étudiants des deuxième et troisième catégories devront suivre l'ensemble des 10 cours de français. Les infirmières DHQ aux résultats faibles à l'examen de français (quatrième catégorie) ne pourront intégrer le programme et seront référés à des cours de francisation complémentaires. À la journée de

sélection de août 2012, 24 infirmières DHQ sur les 72 présentes ont réussi le test de français (catégories 1, 2 et 3). Un test de calcul mathématique est aussi réalisé lors de la journée de sélection. Toutefois, les résultats servent uniquement comme un outil de dépistage de faiblesses potentielles.

L'équipe est composée de la directrice de la formation continue, d'une conseillère pédagogique ainsi que de deux chargées de projet à temps partiel (14 h/semaine) et d'une dizaine de professeurs du régulier ainsi que de plusieurs chargés de cours. Tout comme pour le C1, il existe un fort taux de roulement dans le corps professoral. La formation continue est en quelque sorte un vase communiquant avec la formation régulière, où les nouveaux professeurs transfèrent habituellement un an après leur arrivée afin d'obtenir leur permanence. L'embauche des professeurs est réalisée par les ressources humaines soit le même comité responsable des embauches pour le programme DEC en soins infirmiers. Les exigences sont les mêmes que pour le C1 (BAC + trois ans d'expérience clinique). Toutefois, il arrive que certains enseignants aient moins d'un an d'expérience clinique soient engagés. Une formation en andragogie ou en interculturel n'est pas un critère essentiel à l'embauche.

Tout comme pour le C1, la clientèle du C2 est relativement âgée, avec 34% des participants ayant plus de 40 ans (dont 5% plus de 50 ans) lors de la formation. Un peu plus du tiers (36%) des infirmières estime leur niveau de maîtrise de la langue de formation à intermédiaire ou moins et la proportion équivalente (36%) se dit de niveau expert. La clientèle du C2 provient majoritairement d'Amérique du Sud (28%), d'Amérique centrale et des Caraïbes (21%, dont 17% d'Haïti) et du Maghreb (22%). Les deux tiers des participants sont mariés ou conjoints de

fait (76%), avec des enfants à charge (69%). Au total, 76% des infirmières interrogées du C2 avaient plus de cinq ans d'expérience antérieure en soins infirmiers lors de la formation, et 46% possédaient une formation de niveau BAC ou d'études supérieures. Pour 69% des infirmières, l'immigration au Québec était récente (moins de deux ans).

*Cégep 3 (C3):* Offrant le programme d'*Intégration* au Québec depuis 2005, le C3 est le seul cégep du Québec offrant la formation en anglais. Depuis janvier 2013, l'équipe du programme a accès à des laboratoires privés équipés de lits et de mannequins situés dans l'établissement de santé partenaire de la formation. Auparavant, les infirmières DHQ étaient intégrées à la 6<sup>e</sup> session du programme régulier. Le nombre de plus en plus élevé de demande pour la formation, en plus des difficultés de cette clientèle à réussir dans le programme régulier, ont amené le C3 à développer leur programme d'AEC pour mieux répondre aux besoins spécifiques des infirmières DHQ.

Le C3 offre actuellement le tronc commun de formation, en plus des quatre modules de formation complémentaires prescrits par l'OIIQ. Contrairement à la formation donnée dans les cégeps francophones, les modules de la formation sont donnés de manière concurrente, ce qui donne un cours très intensif (5 ½ à 6 mois). Les stages sont donnés en deux parties, un à raison de deux jours par semaine pendant sept semaines (105 heures) et l'autre à trois (3) jours par semaine pendant huit semaines et demie (185 heures). La formation théorique est intercalée à la période de stage. Une période de pratique d'ECOS et un laboratoire organisé comme un ECOS ont été ajoutés à la formation et le C3 fait participer les infirmières DHQ aux ECOS du DEC régulier pour favoriser la réussite de ses étudiants à l'examen de l'OIIQ.

L'équipe est composée de la directrice de la formation continue, d'une conseillère pédagogique (infirmière de profession) et d'une dizaine de professeurs du programme régulier de soins infirmiers et de chargées de cours. Le roulement de personnel est très faible. Malgré le fait que la formation continue ne peut offrir de permanence, le C3 réussit à retenir son personnel notamment en misant sur la flexibilité des horaires et sur la capacité des professeurs à conserver un emploi à l'extérieur du cégep (ce qui n'est pas le cas pour les professeurs du régulier). L'embauche des professeurs est réalisée par les ressources humaines soit, le même comité responsable des embauches pour le programme DEC en soins infirmiers. Les exigences sont le BAC en plus de 3 à 5 ans d'expérience récente en milieu clinique. Plusieurs des professeurs et superviseurs de stage sont d'anciens étudiants du programme d'*Intégration*. Une formation en andragogie ou en interculturel n'est pas un critère essentiel à l'embauche mais un accès à des modules pédagogiques sur la diversité et la communication interculturelle, ainsi que des documents et articles sur l'enseignement à une clientèle interculturelle sont mis à la disposition des professeurs (sur l'intranet). Cette base d'outils est régulièrement mise à jour.

Contrairement aux deux autres cégeps, la clientèle du C3 est plus jeune avec 25% des infirmières DHQ ayant moins de 30 ans. Le niveau de maîtrise de la langue de formation est aussi plus faible avec 41% des infirmières estimant leur niveau de maîtrise de la langue de formation à intermédiaire ou moins et 19 % se disant de niveau expert. La clientèle du C3 provient en grande majorité d'Asie (72%, dont 67% des Philippines), 13 % d'Europe de l'Est et 9% du Moyen-Orient. La proportion des conjoints mariés ou conjoints de fait (56%) avec des enfants à charge (50%) est largement inférieure à celle des autres cégeps. De plus, la

clientèle du C3 est en général moins expérimentée avec 26% des infirmières de moins d'un an d'expérience et 76% possèdent une formation de niveau DEC. Une infirmière sur dix travaillait à temps partiel ou à temps plein durant la formation d'appoint. L'immigration est aussi plus ancienne avec 40% des infirmières ayant immigré il y a plus de cinq ans, dont 29% avec un visa de travail temporaire (souvent par le programme d'immigration de soutien à domicile).

### **6.2.1 Résultats de la régression logistique et de l'analyse qualitative**

Les différences au niveau des profils des clientèles (langue, expérience, provenance), de la structure et des processus des programmes provoquent une forte hétérogénéité des milieux de formation offrant le programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B*. L'analyse de régression logistique suggère que l'environnement de formation a une influence considérable sur la réussite à la formation d'appoint. En contrôlant pour toutes les autres variables, les infirmières DHQ suivant leur formation au cégep 2 sont respectivement 6,25 et 5,88 fois plus susceptibles d'échouer leur programme d'*Intégration* que celles du cégep 1 et du cégep 3. Les infirmières suivant leur formation au cégep 3 sont quant à elles 6% plus susceptibles d'échouer leur programme de formation que celles du cégep 1, toutes autres variables contrôlées. En s'appuyant sur l'analyse des données recueillies par le biais des entrevues individuelles et des groupes de discussion avec des infirmières DHQ, des membres du personnel enseignant et des responsables des programmes de formation, l'analyse qualitative a permis d'explorer les caractéristiques des différents programmes afin de cerner celles qui semblent optimales. Les différentes caractéristiques sont présentées selon les



dimensions de Donabedian (2005), à savoir la structure, le processus et les résultats du programme.

### *6.2.1.1 Structure du programme*

L'analyse thématique des entrevues de groupe et des entretiens individuels auprès des infirmières formées à l'étranger ainsi qu'auprès des entrevues de groupe auprès des responsables et du personnel enseignant a fait émerger trois thématiques en lien avec les caractéristiques de la structure du programme qui pourraient expliquer les différentiels de réussite entre les différents cégeps, à savoir : les équipes de travail, l'équipement et les matériels de formation et les milieux de stage.

#### *Équipes de travail*

Certains cégeps sont confrontés à une problématique double, soit un corps professoral souvent peu expérimenté et un haut roulement de personnel enseignant. En effet, pour plusieurs, le programme d'*Intégration* représente leur première expérience d'enseignement.

« Les infirmières diplômées hors Québec sont au début de la chaîne de montage [une manière d'entrer au cégep comme professeur]. » (F2-EG-006)

Une fois cette expérience acquise, plusieurs de ces jeunes professeurs vont demander un transfert vers le programme d'enseignement régulier dès qu'un poste s'y libère étant donné qu'il n'existe pas de postes permanents à la formation continue. Cette impossibilité de proposer de permanence aux enseignants rend extrêmement difficile la stabilisation de l'équipe professorale. Le fort roulement de personnel enseignant de certains cégeps a

d'importantes répercussions sur la qualité de l'enseignement proposé, comme le souligne une participante (F1-EG-006) :

« Nous, on commence à être une équipe... Mais avant ce n'était pas le cas, je dois dire que la qualité de l'enseignement au programme... fiou... on venait donner 3 heures, puis on faisait l'examen en trois minutes. On ne réfléchissait pas à l'examen. [...] (soupir). »

Le roulement élevé de personnel couplé à la pénurie de professeurs et de superviseurs de stage obligent parfois certains cégeps à embaucher des superviseurs ne répondant pas aux critères du minimum de trois ans d'expérience clinique. Sans compter que ces difficultés à stabiliser l'équipe professorale obligent les responsables des programmes à recourir à des gymnastiques administratives pour s'assurer d'avoir un nombre suffisant de superviseurs de stage :

« Il a fallu qu'on mette des cohortes rapprochées, pour être sûrs que nos professeures de stage soient libérées. J'ai des profs qui ne font que des stages ». (F1-EG-006)

Ces compromis administratifs peuvent avoir des répercussions sur l'équilibre financier des programmes en poussant les responsables de la formation à débiter les cohortes même si elles n'ont pas le nombre de participants minimal requis pour être rentables.

« C'est pour cela que mes cohortes ne sont pas si grandes. J'ai plus 24 participants [que trente], mais le collège assume. Pour eux, il y a une responsabilité civile. » (F1-EG-006)

D'autres ont pu limiter le roulement de personnel en misant sur la flexibilité des horaires liés à la formation continue et à la possibilité de continuer à travailler en parallèle comme infirmière dans les établissements de santé, ce qui n'est pas permis avec l'enseignement régulier.

### Équipement et matériel de formation

En ce qui a trait à la question de l'équipement et du matériel de formation, l'analyse a permis de faire ressortir deux caractéristiques des milieux de la formation pouvant influencer sur la réussite, soit l'accès aux ressources et l'adéquation de celles-ci aux besoins des étudiants.

Tout comme le manque de stage, l'accès limité à des périodes de pratique libre et/ou supervisée est un obstacle majeur souligné par les infirmières DHQ. Ces difficultés sont d'autant plus présentes lorsque le cégep ne possède pas de laboratoires attitrés au programme

d'*Intégration*:

« Le programme régulier de sciences infirmières se déroule de janvier à juillet. Nous débutons le programme d'*Intégration* en X, en plein milieu de quelque chose [de déjà commencé], ce qui fait que les horaires de pratique de laboratoire sont organisés un peu n'importe comment. » (F3-EG-005)

Ces disponibilités limitées de temps de laboratoire peuvent jouer sur la qualité de l'enseignement pratique:

« Au niveau du laboratoire, c'était comme un cours théorique, on n'a pas pratiqué. On n'avait pas de temps pour pratiquer dans le laboratoire. On voit seulement le volet théorique c'est tout. Il n'y a pas d'application. » (H6-EG-003)

En plus des difficultés découlant du manque de disponibilité des laboratoires, ceux-ci sont éloignés du lieu de formation dans deux des trois cégeps (C2 et C3).

« Des fois, tu as un laboratoire à X, puis tu dois descendre à Y pour la théorie [qui est à 45 minutes de là]. Vous imaginez? J'ai eu des cours à 13h00 à X, puis à 14h00 à Y. On n'a pas le temps. De X à Y, l'autobus ne passe pas si souvent que ça, aux trente minutes. Vous êtes toujours précipités. » (EI-2-003)

En plus des difficultés liées à l'accès aux ressources, les infirmières DHQ font face à un manque d'adéquation entre l'équipement disponible et leurs besoins. Cette situation se traduit notamment par du matériel dysfonctionnel ou en nombre insuffisant pour permettre une réelle pratique de la part des infirmières.

« (Au cégep 2), ce n'est pas bien équipé. Par exemple, on a eu un laboratoire de transfusion [...] et des fois ça ne marche pas avec le mannequin, ça ne marche pas avec les pompes de gavage. On te dit : « Tu fais comme ceci, tu fais faire cela... » mais tu n'as pas pratiqué! Et même des fois [...] il y a seulement une pompe volumétrique [...] de l'hôpital X, et une autre de l'hôpital Y. Et on est quinze étudiants. On n'a pas assez de pompes pour pratiquer. » (EI-2-005)

Malgré les efforts des cégeps pour contrer ces difficultés, notamment en débloquant des budgets pour équiper leurs laboratoires, celles-ci subsistent. De plus, le matériel didactique demandé aux infirmières DHQ durant la formation ne semble pas correspondre à leurs besoins :

« Quand commence le cours, on demande beaucoup de livres que l'on n'utilise pas. C'est une quantité énorme de livres, mais on n'est pas capable de les utiliser dans le mois. C'est beaucoup d'argent. C'est beaucoup d'argent (bis). Presque 3000\$ (EI-1-02) ».

Ces considérations financières s'ajoutent aux pressions considérables de la formation sur les finances des infirmières DHQ, entraînant un grand sentiment de frustration.

## Milieux de stage

Montréal est actuellement aux prises avec une pénurie de milieux de stages pour le personnel hospitalier. De telle sorte que les infirmières DHQ se retrouvent à réaliser des stages de soir ou de fin de semaine, dans des milieux souvent éloignés de leur lieu de résidence.

« Ce que nous avons c'est des stages de soir. Parce que, par exemple, moi j'étais au premier stage à l'hôpital X. Je devais partir de la maison avant deux heures pour que je puisse arriver à temps au stage. [...] On terminait à 23h30. On avait à peine le temps de prendre le dernier métro. [...] C'était loin et ça correspondait pas aux transports » (F2-EG-001).

Cette situation a un impact non seulement sur les infirmières, mais aussi sur leurs familles :

« C'est difficile pour nous. C'est trop difficile.... Mon enfant passe une moitié de la nuit chez la baby-sitter et je passe la chercher à l'école à 18h00. Elle dormait chez la baby-sitter jusqu'à minuit, et moi, quand j'ai terminé à minuit et demie - une heure, j'allais la réveiller chez la baby-sitter pour la ramener à la maison. Des fois, le matin, quand je la réveille à 6h30-7h00 elle me demande « Qu'est-ce qui se passe? Où est-ce que je suis? ». [Ça a été] comme ça pendant un mois... pendant plus d'un mois... » (F16-EG-001).

De plus, la pénurie de milieux de stage entraîne une surutilisation de certains milieux de stages et nuit à l'accueil des infirmières DHQ dans les unités :

« Dans l'unité où avait lieu le stage, on nous traitait comme si nous étions dans le chemin et que nous dérangions les membres de l'équipe soignante. L'infirmière en chef de jour nous a clairement fait comprendre qu'elle ne voulait pas d'étudiants autour du poste des infirmières de l'unité, et que nous devons trouver d'autres manières pour avoir accès aux informations nous permettant de prendre soin de nos patients » (Q2-3-018).

Ces comportements d'exclusion peuvent prendre différentes formes. Comme l'explique une des infirmières DHQ (Q2-1-021), « il y a des collègues qui ne veulent pas collaborer et ne vous parlent même pas. Ils vous ignorent. Pour les patients, il y en a qui disent qu'ils ne veulent pas que nous les prenions en charge. Ils sont en colère, fâchés quand on leur prodigue des soins et ils demandent d'avoir une autre infirmière ». Pour certaines infirmières, ces comportements étaient liés à leur statut d'étudiant :

« Certains patients refusent de se faire traiter par des étudiantes infirmières, et disent « Je ne veux pas cette étudiante infirmière, je veux une infirmière ». Alors cela nous aiderait beaucoup si les patients étaient au courant que nous n'étions pas seulement en formation, [mais en actualisation]. » (Q2-3-021)

Une des suggestions proposées serait d'« informer les patients et les membres de l'équipe soignante [du fait que] les participantes sont des infirmières internationales en formation d'actualisation, et non de « nouvelles » étudiantes. » (Q2-3-056)

### **6.2.1.2 Processus du programme**

Avec la réforme du programme en 2009, de nombreuses améliorations ont été apportées au programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec (CWA 0B)*. Les cégeps ont de plus adopté des stratégies locales et adaptées à leur clientèle afin de tenter d'améliorer leur taux de réussite<sup>21</sup>. Ces initiatives ont créé une forte hétérogénéité au niveau des processus des différents cégeps. Cette section vise à déterminer lesquelles des caractéristiques des processus peuvent expliquer le différentiel de réussite entre les différents cégeps des infirmières DHQ à la formation d'appoint. Ces caractéristiques des processus ont été regroupées sous deux

---

<sup>21</sup> Ces modifications ont été réalisées dans le respect des lignes directrices émises par l'OIIQ concernant le programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec CWA 0B*.

thèmes, à savoir : le processus de recrutement et l'organisation du programme et les méthodes et critères d'évaluation de la réussite des étudiants.

### Processus de recrutement

L'accueil lors du processus de recrutement semble être un facteur central lors du choix du milieu de formation.

« Au cégep 3, j'ai aimé beaucoup l'accueil. [X] est très accueillante. Comme migrante on a des besoins différents. On est loin de notre pays, de notre famille. Même si j'ai échoué [l'examen d'entrée au programme], elle m'a donné beaucoup d'espoir » (EI-2-002).

Les infirmières DHQ semblent favoriser une attitude ouverte et accueillante, en évitant de mettre l'accent sur le stress lié à la formation et sur les difficultés à venir. De plus, les cégeps devraient être plus restrictifs lors de leurs admissions, notamment en ce qui concerne le niveau de maîtrise de la langue. Même les étudiants qui, ultimement, ont échoué leur stage à cause de lacunes langagières sont du même avis :

« Ils me suggéraient de faire quelque chose pour le français. J'ai fait le cours [de français du programme]. Ce n'est pas assez pour eux. Je ne comprends pas. Ils m'ont accepté non? Ils n'avaient qu'à ne pas m'accepter si mon français n'était pas là. [...] Là j'ai perdu mon temps. » (EI-2-001)

L'instauration d'examens d'admission plus restrictifs semble porter fruit. Après avoir resserré ses examens d'admission, le cégep 1 a amélioré son taux de réussite au programme de 57% à 81%.

## Organisation du programme

L'organisation du programme d'*Intégration* varie selon le milieu de formation. Ces différences peuvent être classées selon trois catégories, à savoir : la durée et l'organisation du programme, les périodes de stage, les cours complémentaires non crédités de formation et les méthodes et critères d'évaluation.

La durée du programme varie selon le cégep, allant de six mois et demi à huit mois. Pourtant, les cours offerts restent essentiellement les mêmes. Ce qui fait que le programme d'Intégration est extrêmement condensé.

« Il y a beaucoup trop de matières : comment vous voulez résumer toute une carrière en six mois? » (F87-EG-002)

Cette situation entraîne beaucoup de stress chez les infirmières DHQ du programme, surtout lorsque les délais rapprochés sont combinés à des difficultés liées à l'organisation du programme (déménagement des locaux, difficulté d'accès aux locaux, etc.).

« Le programme peut être décrit comme très stressant, parce qu'il est intensif et plus ou moins bien organisé. » (Q2-3-015)

L'influence de ces difficultés liées à l'organisation des cours sur la réussite à la formation semble d'autant plus importante lorsqu'elle touche la distribution des évaluations :

« C'est volumineux, les cours. Vous imaginez que vous avez un cours à 200 pages, un autre qui en a une centaine, une quatre-vingtaine de pages. Et un lundi matin, à tous les lundis, vous avez examens. Vous avez quatre cours, quatre cours! Quatre matières à passer, [...] et on vous donne tous les examens ensemble. Là, vous avez l'examen et vous êtes tout brouillé, tout mélangé, et vous n'avez pas suffisamment de temps. On vous donne une heure trente pour les quatre matières. » (EI-2-004)



Certains cégeps offrent les modules de formation du tronc commun en continu, alors que d'autres proposent ceux-ci de manière concomitante. Cette deuxième solution, qui permet un étalement des stages pratiques, semble favoriser une meilleure intégration :

« J'aurais aimé que les stages se fassent tout le long de la formation. Étaler les cours... Toutes les semaines, vous avez des stages, comme ça vous pouvez corriger vos erreurs par rapport aux autres. » (H9-EG-001)

De plus, l'idéal serait, selon elles, d'intégrer des périodes de répit entre les journées de stage et le retour à la théorie afin de permettre une meilleure assimilation de la matière.

### *Périodes de stage*

Selon les infirmières DHQ interrogées, la principale lacune du programme actuel est son manque d'heures de pratique clinique. L'idéal, selon elles, serait d'ajouter de trois à cinq semaines de stages cliniques supplémentaires si possible dans des milieux cliniques diversifiés. Le ratio DHQ/superviseur de stage semble de plus avoir une influence sur la capacité d'apprentissage et ultimement sur la réussite des infirmières DHQ au programme d'*Intégration* :

« Quand on est cinq et qu'on avait cinq patients lourds, la prof était déboussolée, désarçonnée. Parce qu'il y avait trois urgences qui arrivaient en même temps, moi je voulais qu'elle contrôle mon narcotique, X voulait qu'elle contrôle son insuline,... et ... à trois tout le monde voulait passer... parce que son patient [Bruits d'acquiescement de la salle]. En plus les médicaments sont programmés à une heure fixe pour tout le monde. Parfois à cinq c'était quand même dur pour une seule prof [...]. Des fois, elle n'arrivait pas à nous suivre tous. Des fois, il fallait ralentir tous pour lui permettre de nous suivre tous. Alors qu'on nous dit « Vous n'êtes pas autonomes, soyez autonomes », et quand on a devancé les choses pour être vraiment autonomes, on nous

dit eh bien il faut ralentir, il faut que je vois ça...Et là, [elle nous met] des erreurs... [...] On veut que vous soyez autonomes, mais pas trop autonomes [rires]. » (F29-EG-001)

Pour la plupart des infirmières, le stage d'intégration des pratiques ne permettait pas une réelle adaptation de la pratique : c'était plutôt un exercice d'évaluation. La manière dont sont abordés les stages dans certains cégeps est d'ailleurs remise en cause :

« Je souhaiterais juste plus de stages, sans être évalué, pour approfondir avec quelqu'un qui va m'orienter. Prendre le temps de se familiariser avant de nous évaluer. Le problème est que le stage est de l'orientation et est aussi surtout de l'évaluation.» (EI-3-001)

#### *Cours complémentaires non crédités de formation*

Constatant les lacunes de leurs étudiants dans la langue de formation, certains cégeps ont instauré des cours de langue (non crédité). Si l'initiative en soi est reçue de manière positive par les étudiants, son application devrait toutefois selon eux être repensée, tant au niveau du contenu qu'au niveau des heures allouées.

« Moi, je trouve que c'est mal [pensé actuellement]... On a perdu des heures... On aurait dû approfondir nos recherches, étudier. Tous les gens qui sont là savent parler français, même si ce n'est pas leur langue. Et à travers le temps, ils parleront français comme tout le monde. Les gens qui ont passé à travers les mêmes étapes, ils n'ont pas eu ce cours et ils ont réussi quand même. Ils sont bien intégrés. [...] Alors c'est une perte de temps et d'argent aussi, parce que ça coûte cher [de faire le cours]. » (F10-EG-002)

Il s'agirait surtout de revoir le contenu des cours de langue, en tenant compte des besoins et de la réalité des infirmières DHQ, pour que celui-ci ait une influence sur la réussite au programme;

« C'est pas la grammaire qui manque. La vraie chose qui manque c'est le langage technique. On n'apprend pas ça dans leur cours. » (EI-1-002)

Aussi, les infirmières DHQ évoquent le désir de suivre les modules de formation complémentaires (pédiatrie, soins de longue durée, santé mentale et périnatalité) comme cours à option non crédités, même si ceux-ci étaient à la charge des étudiants. Comme le souligne une participante (F11-EG-005):

« [Ce serait une vraiment bonne idée de pouvoir avoir la chance de suivre les autres modules de formation], par exemple, les soins de santé mentale, parce qu'ils [les modules] sont centrés sur la manière de parler au patient, sur les différents types de problèmes psychologiques ... [...] Nous avons ça dans mon pays, mais vous savez, ça fait très longtemps. »

### Méthodes et critères d'évaluation

L'analyse a aussi permis de cibler les méthodes et les critères d'évaluation comme facteurs influençant la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint. Ainsi, le manque de standardisation des évaluations et le contenu non représentatif de celles-ci par rapport à la matière enseignée, semblent influencer l'expérience des infirmières DHQ du programme d'*Intégration*;

« Ce qu'ils font c'est qu'ils vous donnent, par exemple, six lectures, et vous êtes supposés étudier les six lectures. Et ils ne vont vous évaluer que sur deux des lectures. [C'est] frustrant. » (H21-EG-005)

De plus, une majorité d'infirmières DHQ soulignent de fréquentes différences entre la manière dont sont enseignées certaines techniques et celles demandées par les superviseurs de stage en unité.

« Ça dépend de l'enseignant. Ils devraient se mettre d'accord sur une seule pratique. Telle pratique se fait comme ça, et c'est valable pour tous. Mais si chacun a son approche de la pratique elle-même, nous on va marcher avec n'importe laquelle. Et là c'est erreur. Un enseignant a vu la pratique comme ça, l'autre enseignant, on l'a vu autrement. Donc, qu'ils se mettent d'accord au moins... » (F6-EG-002)

Même en cas d'erreurs, il semble y avoir peu de rétroaction de la part des superviseurs de stages. De plus, les commentaires sont souvent perçus comme des critiques et non comme de la rétroaction constructive.

« Quand j'ai signé ma fiche d'échec, j'ai trouvé que tout, tout, tout était pas bon. Je lui ai dit « Écoutez, et les choses bonnes? Où est, par exemple, que je surveille très bien mes patients? Que je fais de bonnes techniques pour faire des pansements? Que j'ai une bonne relation et d'empathie pour mes patients? Pas de choses bonnes [pleurs]. Je pense que l'estime descend un peu plus. » (EI – 2-005)

Selon plusieurs infirmières interrogées, cette approche nuirait à leur capacité d'intégrer les critiques et à apporter les modifications nécessaires à leurs pratiques.

« Des fois, le professeur, ce n'est pas un ami, ce n'est pas un camarade, c'est presque un ennemi. Parce qu'il cherche toutes les choses que tu ne fais pas de bien, et il ne te donne pas la chance pour t'améliorer ou pour comprendre plus. Par exemple, j'ai échoué, mais je n'ai pas gagné plus de connaissances. Le pire de tout, j'ai échoué deux fois, mais [...] c'est que vous pouvez me demander qu'est-ce que tu apprends, je peux te dire « rien » [...] » (EI – 2-005)

De plus, lorsqu'il y a rétroaction, celle-ci fréquemment réalisée devant les patients. Cette situation est perçue comme un manque de doigté par les infirmières interrogées, puisqu'elle porte atteinte selon elles à la perception que les patients ont de leurs compétences :

« On sentait comme s'ils nous rabaissaient devant le patient. C'est sûr que si le professeur vous fait beaucoup de remarques devant lui, le patient ne va plus vous faire confiance. C'est sûr. »  
(EI-2-002)

Ce manque de sensibilité semble avoir une influence importante sur la décision de l'infirmière migrante de reprendre son programme d'*Intégration* suite à un échec.

#### **6.2.1.4 Résultats du programme de formation d'appoint**

Tel que souligné précédemment, la mission du programme d'*Intégration* est de permettre la transition de la pratique des infirmières DHQ pour que celle-ci corresponde aux standards québécois. L'analyse nous a permis de cerner la nature des modifications de pratique apportées et l'étendue de ces changements chez les infirmières DHQ ayant suivi le programme de formation.

##### **Nature des changements de pratique**

Dans l'ensemble, les infirmières DHQ soulignent qu'elles sont très satisfaites du programme d'*Intégration*, et qu'elles recommanderaient la formation à leurs collègues.

« C'est une expérience très enrichissante. Un vrai pont entre des systèmes de santé différents. La formation m'a permis de délimiter mon champ de pratique en comparaison avec ma pratique clinique antérieure. » (Q0-3-013)

Mais quelle est la nature de ces changements? Chez les 77 infirmières DHQ ayant répondu à la question ouverte, les différences de pratique les plus marquées entre le pays d'origine et le Québec et ayant nécessité une modification de pratique de la part de la DHQ consistent en :

- Les différences de techniques ou d'équipement (27/77)
- Le type de communication (15/77)
- L'approche du patient (14/77)
- Le jugement critique (11/77)
- La responsabilité des actes (10/77)
- L'autonomie (9/77)
- La gestion du temps et le rythme de travail (8/77)
- L'organisation (interdisciplinarité) et la continuité des soins (7/77)

Ces différences de pratique amènent une réelle remise en question de leur pratique chez plusieurs infirmières.

« Même l'organisation du travail n'est pas la même chose. L'infirmière fait le travail d'un médecin de chez nous. Chez nous par exemple, l'infirmier n'a pas le droit d'ausculter le patient. Dans ma tête, c'est enregistré que je n'ai pas le droit, je vais être traduit en justice. Vous imaginez la contradiction? »  
(EI-3-001)

Ces différences de pratique rendent difficile la compréhension des rôles des différentes professions médicales une fois dans l'unité.

« Dans une organisation, quand j'ai fait le stage je ne pouvais pas distinguer qui est qui. Qui est une infirmière, qui est préposé [aux bénéficiaires], et qui est médecin. [...] Quand même, des heures de soins pour l'administration des médicaments. » (Q2-2-045)

Quelle que soit l'étendue de ces changements de pratique, ceux-ci semblent être au cœur du processus d'adaptation des infirmières DHQ :

« Je dois juste m'adapter à la réalité québécoise, changer certaines façons de faire qui sont différentes de mon pays d'origine, mais les soins de base restent les mêmes, m'adapter avec le matériel qui est nouveau pour moi. » (Q2-2-031)

### Étendue des changements de pratique

Ces différences ont demandé des modifications de pratique dont l'étendue varie selon l'infirmière DHQ interrogée. Le tiers (35%) des infirmières estime n'avoir apporté que peu ou pas de modifications à leur pratique suite à la formation (dont 4% pas du tout), alors que 31% y ont apporté des changements modérés et 26% des changements importants.

Le milieu de formation, que ce soit par sa structure ou ses processus, semble avoir une influence considérable sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint. La grande hétérogénéité des milieux de formation peut expliquer les différentiels de taux de réussite tels que l'illustrent les résultats de l'analyse logistique. Toute analyse des milieux de formation doit toutefois prendre en compte le contexte externe dans lequel ils évoluent. La prochaine section vise à déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur le succès ou l'échec des infirmières DHQ à la formation d'appoint.

### **6.3 Objectif 3 : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

L'analyse a permis de faire ressortir trois facteurs semblant influencer la réussite à la formation d'appoint à savoir : les délais dans le processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure, les difficultés de financement des études et les problèmes découlant de la conciliation des cadres légaux des différents acteurs.

#### **6.3.1 Délais dans le processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure**

Ces délais s'expliquent dans un premier temps par la difficulté pour les infirmières DHQ de rassembler les documents nécessaires pour amorcer le processus de reconnaissance de la formation et des diplômes :

« [Il y a beaucoup de délais], parce que les formulaires que demande l'Ordre, c'est beaucoup. Chez nous, on a la bureaucratie... c'est difficile, c'est très long. En plus, ils demandent beaucoup de choses. Et on paye pour étudier notre dossier. Pourquoi ils ne font pas ça en direct entre eux [...], ce sera plus facile pour nous. Parfois, on devait retourner nous-mêmes au pays pour remplir les formulaires. » (F29-EG-001)

Même une fois ces documents assemblés, il semble exister un manque de coordination entre le Ministère de l'Immigration et des Communautés Culturelles (MICC) et l'OIIQ. Cela entraîne d'importants délais de traitement des dossiers d'équivalence (entre 6 semaines et 6 mois -F-EG-001). Considérant le phénomène de la perte de connaissances associées à l'éloignement du milieu hospitalier, ces délais constituent un obstacle important à la réussite de l'intégration



professionnelle des infirmières DHQ. Comme le souligne l'infirmière DHQ (Q2-3-041), qui a migré au Québec en 2001 :

« Parce que je n'ai pas pratiqué depuis très longtemps, j'ai beaucoup de difficulté avec toute [la formation]. J'ai de la difficulté avec toutes les procédures à l'hôpital. »

Ces délais entre l'arrivée au Québec et l'entrée dans le programme représentent également un stress financier considérable chez les infirmières DHQ interrogées:

« C'est au niveau des prévisions. Moi j'avais mis de l'argent de côté. [Je me suis dit] au maximum, je vais faire un an sans boulot. Je mets de l'argent de côté pour un an, et puis après un an, c'est sûr j'aurais fini [ma formation]. Mais ça m'a pris deux ans, ça m'a pris deux ans pour pouvoir [terminer mon cours]... ça fait que je suis endettée jusqu'au... [montre son cou]. » (F83-EG-001)

En attendant d'intégrer le programme d'Intégration, de nombreuses infirmières DHQ ont tenté de se familiariser avec le système de santé québécois, notamment par un travail en tant que préposée aux bénéficiaires (PAB). Malgré le fait que la reconnaissance de leur diplôme en soins infirmiers leur permet en théorie de travailler comme PAB au Québec, plusieurs d'entre elles ont été confrontées à des réticences de la part des établissements de santé.

« 2010, juin juillet... je commence à travailler comme préposée. Mais, quand ils se sont rendus compte de mes diplômes au Pérou, même si j'ai une maîtrise, ils me disent que si je n'ai pas le diplôme de préposée, même si vous avez une maîtrise, « On s'en fout complètement, retournez chez vous. Et allez à l'école, faites votre cours de préposé et de RCR, et des choses comme ça, et après vous reviendrez ». » (F85-EG-001)

Certaines infirmières ont émis des doutes quant à la source de cette réticence de la part des établissements de santé. Plus encore, certains pensent que cette situation permet à certains employeurs de prendre avantage sur leur situation précaire.

« Je pense qu'ils le savent [qu'ils peuvent nous embaucher], ils ne veulent pas. Des fois, ils vous engagent, mais ils vous disent « On vous fait une faveur, faut pas trop raconter ça... » Alors, ils peuvent vous exiger tout ce qu'ils veulent. Parce qu'ils vous ont... » (F87-EG-001)

Il y aurait donc intérêt à sensibiliser les établissements à l'embauche d'infirmières DHQ en attente de leur entrée au programme d'*Intégration* comme PAB, d'autant plus que cette situation va avoir des répercussions considérables sur leur processus d'intégration et leur capacité de financement de leurs études.

### **6.3.2 Difficultés associées avec le financement des études**

Malgré la présence de lignes directrices, le soutien financier des études de la part d'Emploi-Québec semble subjectif, comme l'illustre cette discussion entre deux infirmières:

« Exemple, on m'a dit que si vous n'êtes pas sur le bien-être ou sur le chômage on ne peut pas t'aider. Je lui ai dit je ne suis ni au bien-être ni au chômage, mais j'ai besoin d'aide. Mais, finalement, elle m'a aidée.

Par contre, mon agent m'a dit la même chose, mais il ne m'a pas aidée. Il m'a demandé si j'étais sur le bien-être ou le chômage, j'ai dit non. Il m'a dit comment vous vivez, j'ai dit « On vit de nos économies ». Depuis un an? « Oui ». [...] Il a dit que ce serait mieux d'aller avec les prêts et bourses parce que tout ce qu'ils peuvent faire c'est 45\$ par mois, et 45\$, ça ne peut rien faire. » (F91/F92-EG-001)

Certains se tournent donc vers le régime de prêts et bourses du gouvernement du Québec. Mais, même lorsque la demande est acceptée, les délais de réception de l'aide financière sont souvent importants :

« J'ai fait les démarches quand je suis arrivée, mais ils m'ont dit quand j'aurai fini le cours de francisation. J'ai fait les prêts et bourses en octobre, mais je n'ai reçu qu'en janvier. Personne ne m'a expliqué. Ils m'ont dit « Attends ». Je suis allée chaque mois à l'ENA, le monsieur m'a dit « Il n'a rien reçu ». En janvier, je suis allée [et] il s'est rendu compte que c'était arrivé depuis 2 mois. (EI-1-002)

Les infirmières DHQ doivent souvent faire face à un manque de collaboration et d'empathie de la part des agents concernés, que ce soit d'Emploi-Québec ou du service des prêts et bourses.

« Ils ne veulent rien comprendre. Moi je leur dis que mon mari est sans travail, et sans revenu, car il venait de perdre son travail. Le douanier de chômage de bien-être social il me dit sûrement que vous avez mis de côté. Et si on n'a pas mis de côté? Non ça ne se fait pas. » (F94-EG-001)

### **6.3.3 Problèmes découlant de la conciliation des cadres légaux des différents acteurs**

Certains problèmes de coordination peuvent aussi entraîner des malentendus avec les infirmières DHQ, notamment en cas d'échec. Ainsi, l'OIIQ envoie une lettre à l'infirmière DHQ après qu'elle ait échoué sa formation, lui expliquant qu'elle peut se réinscrire à une autre session dès qu'une place se libère. Ce formulaire est envoyé automatiquement et cela, sans prendre en considération le nombre d'échecs du DHQ au module de formation. Or, les cégeps limitent à deux le nombre maximal de reprises d'un même cours.

« À partir du moment où l'OIIQ apprend qu'ils [les étudiants] sont en échec [...] l'OIIQ étudie à nouveau leur dossier – mais je ne sais pas quelle étude ils font - cela dit, ils leur envoient une lettre en leur disant qu'ils peuvent reprendre le stage ou reprendre le cours échoué. [...] Il n'y a pas de fin à cela. Ils peuvent le reprendre dix fois, quinze fois... Mais nous on ne leur permet pas ça parce qu'on ne peut pas. [...] Alors il y a comme ... non il n'y a pas comme, il y a un double message. C'est-à-dire celui de l'OIIQ, et le nôtre [bruits d'affirmation des autres participants]. Alors chacun répond à ses critères, et nous on doit répondre [...] à ceux du Ministère et du cégep. » (F1-EG-006)

Dans de nombreux cas, la problématique du renvoi automatique découle de l'incapacité de l'infirmière de réussir son programme de formation :

« Il y avait une étudiante, cela faisait deux fois qu'elle le reprenait son stage et elle est dangereuse. Dan-geu-reuse. [...] Au niveau des connaissances, elle est dangereuse. [...] Là [avec le renvoi automatique de la prescription], c'est sûr qu'à un moment donné, elle va me revenir, ou elle va aller cogner aux autres portes. [...] Et le message que l'Ordre lui dit [...] c'est que tu retournes jusqu'à temps que tu réussisses. » (F2-EG-006)

Cette situation entraîne beaucoup d'irritation chez les responsables des cégeps « C'est comme si on dénigrait notre travail. » (F5-EG-006)

Les facteurs environnementaux semblent avoir une influence importante sur l'expérience d'intégration professionnelle des infirmières DHQ. Pourtant, un portrait des facteurs explicatifs du succès ou de l'échec à la formation d'appoint ne pourrait être complet sans un examen des facteurs psychosociaux qui interagissent avec leur intégration. La prochaine section décrit ces facteurs en explorant leur influence sur le succès ou l'échec à la formation d'appoint.

#### **6.4 Objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle, et par conséquent influencent la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

En concordance avec la revue de la littérature sur l'intégration, l'analyse a permis de faire ressortir quatre catégories de facteurs psychosociaux semblant avoir une influence sur le processus d'intégration socioprofessionnelle des infirmières DHQ, à savoir : la qualité du réseau social, la fréquence des contacts interculturels, les attitudes sociétales et les mécanismes de gestion du stress.

##### **Qualité du réseau social**

Le programme de formation d'appoint semble avoir favorisé la création d'un réseau social de qualité chez de nombreuses infirmières DHQ interrogées :

« J'ai aimé beaucoup [la formation]. Nous avons une famille ici. Je crois que mes collègues de formation sont mes "frères" pour toujours. » (Q2-2-009)

La qualité du réseau social de l'infirmière DHQ semble avoir une influence sur la réussite du programme d'*Intégration*, notamment en permettant d'atténuer l'impact des obstacles à la formation. Plusieurs infirmières ont d'ailleurs souligné leur chance de pouvoir s'appuyer sur leur réseau de soutien social lors du programme d'*Intégration*:

« Au début de la formation, j'habitais Montréal. Ça me prenait deux heures de route pour arriver. En plus, je suis mère monoparentale. J'ai eu un peu de difficulté avec mes enfants, mais grâce à l'aide de mes amis tout a été réglé. » (Q2-2-019)

Ce type de réseau n'a malheureusement pas été à la portée de toutes les infirmières DHQ. Plus du tiers des infirmières interrogées considéraient n'avoir jamais (15%) ou rarement (22%) de personne à qui pouvoir se confier, parler de leurs problèmes ou de sujets intimes. Une proportion similaire considérait n'avoir jamais (18%) ou rarement (28%) quelqu'un sur qui compter en cas de besoin. Ce manque de soutien social constitue un des obstacles majeurs rencontrés lors du programme d'*Intégration* par les infirmières DHQ:

« Oui, [j'ai eu] des difficultés au programme [liées au fait] d'être ici toute seule, de ne pas avoir le soutien de mon mari, de faire plusieurs activités hors du cours. » (Q2-1-018)

Plusieurs des infirmières DHQ semblent aussi manquer de soutien en cas de problème financier. Pourtant, les considérations financières constituent un des obstacles les plus souvent soulevés par les infirmières DHQ. Lorsque confrontées à des problèmes financiers, certaines infirmières ont dû se tourner vers les membres de leurs familles :

« Mes filles ont dû faire des sacrifices pour moi. Elles ont dû travailler à temps partiel [durant mon programme d'*Intégration*]. » (Q2-3-015)

Pourtant, ce réseau de soutien n'est pas accessible à tous. À la question, « avez-vous quelqu'un à qui vous pouvez emprunter de l'argent en cas d'urgence? », près des deux tiers ont répondu jamais (31%) ou rarement (30%).

## Fréquence des contacts interculturels

Les infirmières DHQ semblent de plus avoir des contacts de qualité limités avec des personnes originaires du Québec. En effet, 58% des infirmières DHQ ont souligné qu'elles auraient aimé que leurs contacts avec les personnes originaires du Québec soient beaucoup plus fréquents et 22 % légèrement plus fréquents.

## Attitudes sociétales – discrimination

L'analyse a fait ressortir la discrimination comme un obstacle considérable à la réussite de l'intégration socioprofessionnelle des infirmières DHQ. Sur les cinq groupes de discussion, l'expérience de comportements discriminatoires a été soulevée à trois reprises, lors de discussions sur les obstacles vécus lors du programme d'*Intégration*. Cette question est revenue systématiquement dans les dix-huit entrevues individuelles réalisées avec les infirmières DHQ ayant échoué leur formation. Ces expériences de discrimination se retrouvent à la fois lors de la formation, des stages, mais aussi à l'extérieur du milieu d'enseignement.

« On dirait, parce que nous ne sommes pas des Canadiens, alors pourquoi est-ce que nous devrions avoir un bon emploi et une belle vie ici? On se sent comme si nous ne sommes pas à notre place ici. » (Q2-3-002)

Lorsque questionnées à ce sujet, plusieurs infirmières expliquent cette situation par un manque de connaissance de leur réalité, notamment de la part des superviseurs de stage et des membres des équipes de travail.

« Dans mon pays, on était stable. Ma femme travaillait comme infirmière pour l'état et je travaillais à la polyclinique. Donc deux salaires dans l'état, plus deux salaires dans le privé. On avait une belle vie. Ici, on est venu pour les enfants, pour leur éducation. Ils remettent en doute toute votre expérience, votre identité. Imaginez tout ça et un prof qui vous dit « Ce n'est rien [tout cela]. » (EI-1-001)

Selon plusieurs des participants, la discrimination semble aussi liée aux capacités langagières et à l'accent.

« Les infirmières étaient méchantes et elles ont chanté de la musique latine à chaque fois que je me suis approché et moi, je parle portugais! Je ne parle pas espagnol. Les patients et la famille parlaient toujours de mon accent. » (Q2-2-022)

Les infirmières DHQ impliquées ont préféré ne pas dénoncer les comportements jugés comme discriminatoires.

« Tout le monde a peur d'elle. Un jour, on a décidé d'aller parler à [la responsable du programme]. [...] Mais, finalement, les gens du groupe ont renoncé. » (EI-1-002)

La raison la plus souvent évoquée par les infirmières pour justifier leur inaction était la peur de représailles de la part du superviseur de stage, « qui avait leur carrière entre ses mains » (EI-3-003). En résulte un désir de voir mettre en place un système d'évaluation uniforme et systématique des professeurs et superviseurs de stage pour éviter ces dérives. Certains ont même évoqué la possibilité de créer un comité représentant les étudiants, qui pourrait les soutenir en cas de mésentente avec l'équipe de direction ou le personnel enseignant et de stage.

#### **6.4.4 Mécanismes de gestion de stress**

Le stress est une partie prenante de l'expérience des infirmières DHQ lors du programme d'*Intégration*. En effet, 31% des infirmières DHQ ont décrit leur expérience comme très stressante et 11% comme extrêmement stressante. Comme le souligne une participante (F1-



EQ-006), « c'est un gros obstacle... la peur... la peur d'échouer... ». Ce stress est entre autres lié aux difficultés de concilier les impératifs liés aux études et les demandes associées à la vie familiale.

« On a la famille... on a les études... on a soi-même. J'ai passé six semaines stressantes en stage. [...] Je suis devenue hypertendue. Tellement qu'on a vécu du stress [sa voix se coupe] tellement qu'on a vécu du stress... on a fait le stage, et je ne me sentais pas bien. J'avais la tête qui me faisait mal. J'avais une raideur au niveau de la nuque. Et puis j'ai dit à une de mes collègues de contrôler ma tension artérielle. Quand elle a pris ma tension artérielle, 150 sur 100! À 8h30 le matin! J'étais déjà tellement stressée... » (EI-2-004).

Ce stress est souvent couplé aux difficultés liées à celles vécues par la famille restée au pays d'origine :

« Il y a des problèmes dans le pays et les enfants sont là... Je m'en rappelle d'une de nos participantes que ses enfants étaient [dans son pays d'origine], entre la vie et la mort... Effrayant. [Pause]. C'est difficile d'avoir de la concentration au Québec quand tu sais que tes enfants..., que ton père est aveugle, que ton frère vient de mourir, qu'on vient de lui tirer dessus sur le balcon. Cela fait que son corps reste-là parce que le père est aveugle et il ne sait pas ce qui se passe. Alors qu'un moment donné les voisins viennent. C'est arrivé à une de nos étudiantes. Cette fille-là, elle a du mal à se replacer, réussir à se placer, à se trouver un emploi parce que c'est trop plein ici [montre sa tête].» (F1-EG-006)

Le stress qui découle de ces situations familiales difficiles semble ainsi avoir une influence importante sur la capacité des DHQ de réussir leur formation et ultimement de se trouver un emploi. Comme le souligne (EI-2-004),

« Il y a la peur de l'échec, et le désir d'apprendre. Mais la peur domine. Le problème, c'est que quand on le fait, on le fait mal. On doit mettre l'étudiant en confiance. »

Pour de nombreuses infirmières DHQ, la manière dont est dispensée la formation accentuerait ce sentiment de stress :

« Il n'y a pas de stress à la formation, c'est eux qui la mettent. En mettant l'accent sur le stress, tu deviens stressé. C'est comme s'ils déclenchaient quelque chose. Même si je suis stressé, ça m'empêche d'oublier. Il faut mettre l'accent là pour vous aider. Dire, « on sait que vous savez beaucoup de choses ».[...] On a besoin d'être encouragés de nous dire qu'on est bienvenus ici, qu'on est appuyés. » (EI-1-001)

Malgré les effets néfastes liés au stress, plusieurs admettent avoir eu une réticence à consulter les ressources disponibles à même le cégep, notamment par peur d'être étiquetées.

« Vous savez, ils vous jugent... Vous n'allez pas voir une psychologue dans mon pays, à moins... vous savez... d'être folle... Et même dans ce cas... » (EI-3-003)

Cette réticence est couplée à la peur de représailles ou de violation de confidentialité si elles en venaient à se confier à un membre de l'équipe enseignante ou de la direction. Même une des enseignantes, elle-même ancienne infirmière DHQ ayant complété le programme de formation, avoue elle-même avoir agi ainsi :

« Moi aussi dans le temps je n'ai rien dit. J'ai attendu à la fin du programme pour en parler, mais avant je n'ai rien dit. » (EG-F5-006)

Afin d'alléger ces tensions, plusieurs infirmières se sont tournées vers la pratique spirituelle (Q2-2-056). D'autres ont exprimé le souhait d'avoir un moment entre elles, notamment durant la période de stage, pour discuter de leurs difficultés et pour se concerter sur les solutions à adopter.

« Parce que, quand vous avez fait le stage, vous étiez coupés : c'est-à-dire le groupe a ne voit pas le groupe b. On ne peut pas se réunir et discuter de nos expériences,... de notre vécu... Ça, ça serait intéressant qu'on partage nos expériences. Là, le groupe, ça fait un mois que je ne l'ai pas vu, donc il y a des gens que je ne vais pas revoir, donc je ne sais pas ce qu'il y a eu comme expérience. » (H10-EG-02)

La présente section a permis de cibler certains facteurs psychosociaux, dont la fréquence des contacts interculturels, la qualité du réseau social, les attitudes sociétales et les mécanismes de la gestion du stress qui influencent la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint. La prochaine section présente les résultats découlant du deuxième volet de l'étude, à savoir les facteurs explicatifs de la réussite de la période de probation chez les infirmières DHQ.

## 7. Résultats - Volet II - Facteurs explicatifs de la réussite de la période de probation

Cette section propose dans un premier temps un portrait des établissements de santé et des infirmières DHQ ayant accepté de participer au volet II et III de l'étude, avant de dresser un survol des facteurs explicatifs de la réussite de la période de probation des infirmières formées à l'étranger en début d'emploi.

### 7.1 Description des infirmières DHQ ayant participé à l'étude

Le recrutement d'infirmières migrantes peut être réalisé soit de manière active, par le biais d'agences privées ou d'organismes publics ou parapublics, soit par le biais de recrutement passif où les infirmières DHQ proposent leurs services directement à l'employeur. Au Québec, le recrutement d'infirmières DHQ se fait en quasi-totalité par deux avenues prioritaires, soit : par recrutement passif et par recrutement actif, par le biais de l'organisme parapublic Recrutement Santé Québec (RSQ)<sup>22</sup>. De manière similaire, 85% (n=121) des infirmières DHQ de notre étude furent recrutées par le biais de missions, contre 15% qui ont proposé leur candidature directement aux établissements de santé. Seize (16) infirmières DHQ ont réalisé leur stage d'intégration en institution d'enseignement, contre cent vingt-sept (1) directement après embauche dans leurs établissements de santé respectifs.

---

<sup>22</sup> Comme le seul des infirmiers DHQ ayant été recruté par une agence privée avait déjà débuté par lui-même ses démarches de reconnaissances de diplôme au Québec avant d'être contacté par l'agence, cette étude ne se penchera pas sur le système de recrutement actif privé.

*Caractéristiques sociodémographiques* L'analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la maîtrise de la langue de formation, le statut civil, le pays et la région d'origine, dresse un portrait hétérogène des infirmières DHQ ayant participé à l'étude. En majorité, la population étudiée était relativement jeune, avec 59% des infirmières DHQ âgé de moins de 30 ans. Quinze pourcent (15%) des infirmières DHQ étaient âgées entre 40 et 49 ans lors de leur embauche, dont 2% avaient plus de 50 ans. Le groupe était constitué de 29% d'infirmiers (masculins), ce qui est notablement supérieur à la moyenne provinciale (10%, OIIQ 2012). Quatre-vingt-dix pourcent des infirmières DHQ (90%) estimaient avoir une maîtrise excellente ou parfaite de leur langue de travail (anglais ou français selon l'établissement), dont 87% une maîtrise parfaite.

Une majorité des infirmières DHQ provenait d'Europe (71%, dont 69% de la France et 2% de la Belgique), avec une minorité originaire du Moyen-Orient (8%, dont 7,7% pour le Liban), d'Amérique centrale et des caraïbes (14%, dont 12% d'Haïti) et d'Afrique subsaharienne (7%, soit du Cameroun, de Côte d'Ivoire, du Gabon, de Guinée Bissau, de l'Île de la Réunion, de l'Île Maurice, et de la République Démocratique du Congo, tous respectivement 1%). La balance des infirmières provenait d'Amérique du Nord (3%, dont 2% du reste du Canada), d'Asie (3%), d'Europe de l'Est (2%), d'Amérique centrale et des Caraïbes (1%) et d'Amérique du sud (1%). La moitié des infirmières DHQ (50%) était célibataire, l'autre mariée ou conjointe de fait (19% et 27% respectivement). Une minorité (22%) avait un ou des enfants à charge de moins de 18 ans (voir le tableau récapitulatif des caractéristiques individuelles en annexe 3).

*Valeurs* L'analyse descriptive permet d'avancer que, tout comme pour les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs des infirmières DHQ sont loin d'être homogènes. Les résultats sont présentés par chacune des cinq dimensions de valeurs de la typologie d'Hofstede (Hofstede & Hofstede 2007), soit : l'individualisme/collectivisme, la distance au pouvoir, l'évitement de l'incertitude, la masculinité/féminité, et le court terme/long terme. Une description de chacune des dimensions de valeurs est fournie dans le cadre du rapport sur les facteurs de réussite à la période de probation.

**Individualisme versus Collectivisme** Sur cette dimensions, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 2.97 avec un écart-type de 0.8 [min. 1.2, max. 4.8], où 1 est égal à une orientation collectiviste et 5 à une orientation individualiste.

**Distance face au pouvoir** En ce qui concerne la dimension de la distance au pouvoir, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 4.1 avec un écart-type de 1.1 [min. 2, max. 5], où 1 est égal à une orientation hiérarchique faible et 5 une orientation hiérarchique forte.

**Évitement de l'incertitude** En ce qui concerne la dimension de l'évitement de l'incertitude, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 2.0 avec un écart-type de 0.5 [min. 1, max. 3.6], où 1 est égal à une orientation mettant l'emphase sur les règles et procédures, et 5 une orientation particulariste.

**Masculinité/féminité** En ce qui a trait à la dimension de la masculinité/féminité, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 3.6 avec un écart-type de 0.7 [min. 1.6, max. 5], où 1 représente l'orientation masculiniste (rôles traditionnels prédéfinis) et 5 l'orientation féministe (rôles non définis par l'identité de genre).

**Long terme/court terme** En ce qui concerne la dimension long terme /court terme, les infirmières DHQ interrogées avaient une moyenne de 2.7 avec un écart-type de 0.6 [min. 1.2, max. 4], où 1 est égal à une orientation long terme et 5 à une orientation court terme.

*Caractéristiques de l'emploi actuel* Sur la totalité des infirmières DHQ interrogées, 78% occupaient un emploi à temps plein, contre 22 % à temps partiel. 22% avaient des horaires de travail de jour, 13% de soir et 18% de nuit, avec 46% ayant des horaires sur rotation.

*Expérience antérieure de travail en lien avec la profession infirmière* Tout comme les orientations de valeurs des infirmières DHQ interrogées diffèrent, le niveau d'expérience des infirmières DHQ ayant participé à l'étude varie aussi de manière importante. Un tiers (38%) des infirmières DHQ interrogées possédait plus de cinq ans d'expérience de travail en soins infirmiers à leur arrivée au Québec, contre l'équivalent (33%) ayant moins de deux ans d'expérience de pratique (dont 10% moins d'un an). La moitié des infirmières DHQ possédaient une expérience de pratique dans des pays à système de santé où le travail de l'infirmière était similaire à celui demandé au Québec (47%), avec une minorité (15%) qui n'avait aucune expérience dans un système de santé comparable.

*Formation antérieure en lien avec la profession infirmière* Les profils de niveau de formation des infirmières interrogées sont aussi assez semblables. Les deux tiers des infirmières DHQ interrogées possédaient un DEC (65%), contre une minorité (4%) ayant un diplôme d'études supérieures (maîtrise ou doctorat). Huit pourcent (8%) des infirmières ayant participé à l'étude ont réalisé leur stage d'intégration dans une institution collégiale, contre 92% qui ont réalisé leur stage dans l'établissement dans lequel elles étaient présentement en emploi. Près des deux tiers (64%) des infirmières DHQ interrogées ont exprimé avoir modifié de manière modérée (26%) ou importante (38%) leur pratique suite à leur embauche. Enfin, 30% estiment n'avoir apporté que peu ou pas de modification à leur pratique suite à leur intégration en emploi dans le système québécois, dont 12% qui déclarent ne pas y avoir apporté de changements notables.

*Parcours migratoire* Enfin, les parcours migratoires des infirmières DHQ sont aussi très variés. Plus de 90% des infirmières DHQ avaient migré au Québec dans les deux dernières années, dont 77% dans les 12 derniers mois. Une minorité seulement - 3% - avait migré depuis plus de cinq ans, dont une depuis plus de 20 ans. Pour 69% d'entre elles, venir s'établir au Québec représentait une première expérience d'immigration à l'étranger. Si 40% des infirmières DHQ ont immigré seules, la même proportion a migré avec un conjoint ou un mari et 26% avec leurs enfants. La moitié (50%) des infirmières DHQ participant à l'étude a immigré avec l'octroi de sa résidence permanente, contre 45% en tant que travailleur temporaire. Une minorité a immigré par le biais du parrainage ou en tant que réfugié (respectivement 3% et 1%). Treize pourcent des infirmières DHQ interrogées sont responsables d'envoyer une partie de leur salaire à leur famille à l'étranger – de 5% à 40% selon leurs estimations [moy. 25%].



Sur les 135 infirmières DHQ ayant répondu à la question ouverte, les motivations de l'immigration au Québec les plus fréquemment citées sont:

- Voyage/découverte/aventure (74/135)
- Expérience de travail à l'étranger (72/135)
- Réunification ou migration contexte familial (33/135)
- Qualité de vie (ouverture d'esprit, valeurs) (26/135)
- Arrangement de Reconnaissance Mutuelle /facilité migration (17/135)
- Culture francophone (14/135)
- Opportunités de développement de carrière au Québec (13/135)
- Insécurité économique et politique dans le pays d'origine/stabilité Québec (12/135)
- Apprendre une nouvelle langue – anglais (11/135)
- Salaire/faible coût de la vie/raisons économiques (10/135)
- Accès à la formation/amélioration des compétences (9/135)

Pour près de 50% DHQ interrogées, l'immigration était pensée à court terme. À la question « Suite à votre formation d'appoint, combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière au Québec? », 15% des infirmières DHQ ont répondu « moins d'un an » et 27% « entre un et deux ans ». Au total, 31% des infirmières ignorent combien de temps elles comptaient pratiquer en tant qu'infirmière au Québec. Un total de 93% ayant répondu envisager pratiquer au Québec moins d'un an avait quitté leur établissement de santé avant la fin de leur première année post-probation. Quant aux infirmières ayant refusé de répondre à la question ou ayant répondu « je ne sais pas », 59% avaient quitté leur établissement de santé avant la fin de leur première année.

## 7.2 Description des établissements de santé ayant participé à l'étude

En 2011-2012, l'OIIQ a décerné 442 nouveaux permis d'exercice à des infirmières DHQ. Les établissements de santé à Montréal ont accueilli plus des deux tiers de celles-ci. Le tableau récapitulatif des caractéristiques des différents établissements de santé ayant participé à l'étude, ainsi qu'un descriptif de leurs activités mises en place pour faciliter l'intégration des infirmières DHQ sont présentés au tableau XIV en annexe 13.

Les établissements de santé ayant participé à l'étude reflètent la répartition géographique des services de santé de la région de Montréal, à savoir : deux établissements multi-sites au centre-ville (E1 et E9), deux établissements de l'est de l'île (E4 et E6), quatre établissements de santé dans la région centre-ouest (E2; E3; E5 et E7), et un établissement de l'ouest de l'île (E8). Les établissements de santé sont aussi représentatifs des différents services hospitaliers desservant la région de Montréal, à savoir : trois centres hospitaliers universitaires, dont un spécialisé (E1, E3 et E9), cinq centres hospitaliers universitaires affiliés (E2, E4, E5, E7 et E8), et un institut spécialisé (E6). Six offrent des stages d'intégration en établissements de santé (E1, E3, E4, E6, E7 et E8), et deux des établissements proposent des groupes de soutien institutionnalisés dans leur structure aux infirmières migrantes (E3 et E4). En considérant les données sur le roulement de personnel, deux des établissements ont un fort roulement (E1 et E4), trois un roulement moyen (E2, E3 et E6) et quatre un faible roulement (E5, E7, E8 et E9). Les établissements appartenant au réseau anglophone semblent avoir des roulements de personnel plus faibles que ceux du réseau francophone.

En date du 31 mars 2012, 1203 infirmières DHQ étaient employées dans les neuf établissements de santé partenaires de l'étude. Le nombre absolu d'infirmières DHQ varie toutefois énormément selon l'établissement de santé (max 391 - E9, min 30 - E8, moy. 133), tout comme le poste occupé. Dans certains établissements, les infirmières DHQ interrogées occupaient des postes de jour (E8 100%) ou de nuit (E3 50%, E4 39%), alors que dans d'autres établissements les postes occupés étaient en majorité sur horaires de rotation (E2 80%, E5 100%, E9 100%). Si les infirmières embauchées dans les établissements E3, E4, et E6 sont relativement jeunes (respectivement 80%, 76% et 63% âgées de moins de 30 ans), celles des établissements E2 et E7 sont plus âgées (respectivement 57% et 50 de plus de 40 ans). La répartition des infirmières selon leur genre varie de plus selon l'établissement: les infirmiers (hommes) représentant de 13% pour E3 à 100% pour l'établissement E8. Si les infirmières DHQ interrogées de certains établissements sont en majorité célibataires (E1 77%, E6 76%), d'autres sont au contraire en majorité mariées ou avec un conjoint de fait (E8 100%, E7 67%) et ont majoritairement des enfants (E2 77%, E7 83%). Dans certains établissements (E1, E3, E6 et E8), 100% des infirmières estiment avoir une maîtrise parfaite de leur langue de travail, alors que dans les établissements E2 et E9, 57% et 38% respectivement des infirmières interrogées estiment à intermédiaire ou moins leur niveau de maîtrise de leur langue de travail. Les établissements se différencient aussi au niveau de l'origine ethnique des infirmières recrutées: les infirmières Françaises représentant la quasi-totalité des infirmières à l'emploi de certains établissements (E1 91%, E3 94%, E8 100%, E6 88%), alors qu'elles ne représentent qu'une minorité pour d'autres (E9 8%, E5 18%). Une forte majorité des infirmières des établissements E2, E5, et E7 a plus de trois ans d'expérience de pratique dans son pays d'origine (respectivement 100%, 91% et 90%), alors que près de la moitié des infirmières des

établissements E3 et E9 a moins de deux ans d'expérience pratique (57% et 46% respectivement). Dans certains établissements, l'ensemble des infirmières DHQ avait migré il y a moins d'un an lors de leur embauche (E3, E6, E8), souvent en tant que travailleur temporaire (E3 56%, E6 75%, E8 50%). Les infirmières des différents établissements diffèrent aussi quant à leur intention de pratiquer en tant qu'infirmière au Québec. Si la moitié des infirmières des établissements E3 et E8 (50%) envisage quitter le Québec dans moins d'un an, 36% et 50% des infirmières des établissements E5 et E7 respectivement comptent pratiquer en tant qu'infirmière au Québec plus de cinq ans.

La réussite de la période de probation est perçue par le MELS (2010) comme un point jalon de l'intégration de l'infirmière dans son environnement de travail. Sur les 143 infirmières DHQ ayant participé à l'étude, huit uniquement ont échoué la période de probation; la balance des départs étant volontaires (n=49). Dans notre échantillon, les seuls départs non volontaires se sont retrouvés lors de l'échec de la période de probation, alors que les départs ultérieurs étaient la conséquence de la décision de l'infirmière DHQ. Notre analyse a permis de faire ressortir les facteurs principaux expliquant le succès ou l'échec à la période de probation. Afin de faciliter la compréhension des résultats, ceux-ci seront présentés en fonction des sous-objectifs de recherche soit; les facteurs individuels, le milieu de travail, l'environnement externe et finalement les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration des DHQ.

### **7.3 Objectif 1: Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ**

Une analyse de régression logistique multivariée a été réalisée entre le succès de la période de probation et : le lieu du stage d'intégration, le recrutement par mission RSQ, le milieu de travail, le pays/région d'origine, l'âge, le fait d'avoir des enfants, l'expérience professionnelle antérieure, le type de diplôme et le fait d'avoir migré seul ou accompagné. Les résultats sont présentés au tableau XVI (ci-dessous).

#### **7.3.1 Critères de validité du modèle**

Afin de s'assurer de la validité du modèle proposé, la globalité et la qualité de l'ajustement, et la robustesse du modèle ont été examinés. Les résultats des différents tests et leur interprétation sont présentés dans cette section.

*Test d'ajustement global* La non significativité des résultats du test de Hosmer-Lemeshow (sig = 0,344) a permis le rejet de l'hypothèse nulle. Les prémisses de base (multicolinéarité moyenne ou faible, et absence de valeurs extrêmes des résiduels) ont été respectées.

*Test de la qualité de l'ajustement – 2LL et R<sup>2</sup> Nagelkerke* Le test du modèle entier versus un modèle incluant uniquement la constance est statistiquement significatif  $\chi^2(7, N = 143) = 60.02, p = 0.000$ , ce qui permet d'avancer que le modèle permet de prédire plus adéquatement la probabilité d'échec à la formation d'appoint que le modèle où  $\beta = 0$ . Considérant le caractère exploratoire de cette étude, un R<sup>2</sup> de plus de 25% serait acceptable (Desjardins 2005). Or, le

modèle proposé permet d'expliquer 43,6% de la variation de la variable dépendante (pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke de 43,6%).

*Test de robustesse* Le modèle proposé a permis de classifier correctement 93,5% des infirmières. Les résultats aux tests d'ajustement global, de la qualité de l'ajustement et de la robustesse du modèle permettent de conclure en la validité du modèle.

### 7.3.2 Résultats de la régression logistique multivariée

Le tableau XVI illustre le coefficient de régression, le test de Wald et le rapport des cotes pour chacune des variables prédictives. En utilisant le seuil de significativité de 0.05, les variables représentant l'âge et la région d'origine semblent avoir un effet partiel sur la probabilité d'échec à la période de probation. Deux des variables, soit le contexte migratoire et l'environnement de travail, se rapprochent aussi du seuil de significativité ( $p < 0.10$ ) et ont aussi été incluses dans l'analyse<sup>23</sup>.

**Tableau XVI : Résultats de la régression logistique multivariée et des régressions logistiques – dimensions des valeurs - Établissements de santé**

Variable prédictive	B	Wald $\chi^2$	P	Odds Ratio
Contexte migration (migrer seul lors de la migration = 1)	-2,147	2,983	0,084***	0,12
Environnement de travail (ref=francophone)	2,052	3,231	0,072***	7,787
Âge	0,130	4,442	0,035**	1,139
Pays/région (ref = Autres pays)		4,369	0,358	
France	-2,338	4,131	0,042**	0,097
Liban	-0,935	0,512	0,474	0,393
Afrique sub-saharienne	-1,079	0,506	0,477	0,340
Canada/US	-20,144	0,000	0,999	0,000
Constante	-2,480	0,000	1,000	0,084

\*  $p \leq 0,10$     \*\*  $p \leq 0,05$     \*\*\*  $p \leq 0,01$

<sup>23</sup> Cette non-significativité peut être causée par leurs liens de corrélation de ces deux variables avec certaines des autres variables (âge, région), ce qui atténuerait la force du lien de corrélation.

**Caractéristiques sociodémographiques** Le ratio de cotes de la variable âge suggère que, toutes autres variables constantes, une augmentation de cinq ans en âge augmenterait de 70% les chances d'échouer la période de probation.

La variable « région d'origine » a été codée avec la catégorie « Autres pays » comme groupe de référence. Une seule des variables a atteint le seuil significatif de 0,05. Les ratios de cotes inversées pour ces variables indiquent que la probabilité d'échouer la formation des infirmières DHQ en provenance de France ont 26,5% plus de chances de réussir leur période de probation que les infirmières en provenance des autres pays (Caraïbes, Amérique latine et du sud, Maghreb). Les variables contrôlant pour le fait d'avoir des enfants à bas âge ne sont pas significatives.

Aucune des valeurs prédictives contrôlant pour le type de stage d'intégration, le type de diplôme reconnu et l'expérience et la formation antérieure en lien avec la profession infirmière n'est significative.

**Parcours migratoire** Le ratio de cotes inversées indique que le fait de migrer seul augmente de 8,5 fois les probabilités d'échouer à la période de probation, suggérant que les facteurs de soutien psychosociaux ont un impact relativement important sur la réussite à la formation. Quant à elle, la variable représentant le fait d'avoir été recruté par le biais de missions RSQ n'a pas atteint le seuil de significativité quant à la probabilité de réussite à la période de probation.

**Environnement de travail** La variable « environnement de travail » a été codée avec 1 représentant un établissement membre du réseau universitaire francophone (membre et institut affilié). Ainsi, toutes autres étant égales par ailleurs, les probabilités des infirmières DHQ travaillant dans des établissements membres ou affiliés du réseau universitaire francophone d'échouer leur période de probation sont huit fois (778%) supérieures à celles des infirmières DHQ travaillant dans des établissements de santé membres du réseau anglophone.

Au final, trois des variables individuelles examinées ont une influence sur la réussite des infirmières DHQ, soit : l'âge, la région d'origine, et le fait de migrer seul ou accompagné. L'influence des caractéristiques individuelles sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint est toutefois limitée, puisque l'une des variables les plus influentes – le milieu de travail – fait partie des facteurs de l'environnement externe. La prochaine section vise à explorer l'influence des caractéristiques de la structure et des processus d'intégration en établissement de santé sur la réussite de la période de probation chez les infirmières DHQ.



## **7.4 Objectif 2: Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ en début d'emploi**

Les différences au niveau des profils des établissements (clientèle, vocation), de la structure et des processus de leurs programmes d'intégration résultent en une forte hétérogénéité des milieux de travail. L'analyse de régression logistique suggère que l'environnement de travail a une influence considérable sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ. En contrôlant toutes les autres variables, les infirmières DHQ débutant leur parcours professionnel en sol québécois dans un établissement du réseau universitaire francophone a près de huit fois plus de chances de se voir échouer sa période de probation que ses compatriotes embauchées dans le réseau anglophone. En s'appuyant sur l'analyse des données recueillies par le biais des entrevues individuelles avec les infirmières DHQ et les membres du personnel des ressources humaines et de la direction des soins infirmiers des établissements partenaires, l'analyse qualitative a permis d'explorer les caractéristiques des différents milieux de travail afin de cerner celles qui semblent optimales. Les différentes caractéristiques ont été traitées selon les dimensions du modèle de Donabedian (2005), à savoir la structure, le processus et les résultats du programme. En ce qui concerne les facteurs ayant une influence sur le succès de la période de probations, tous ont eu trait au processus d'intégration en emploi, alors qu'aucun facteur ayant trait à la structure de l'organisation n'a été citée.

### **7.4.1 Processus d'intégration en emploi dans les établissements de santé**

L'analyse fait ressortir deux aspects du processus d'intégration en emploi qui semblent avoir une influence sur la réussite de la période de probation, soit, les mécanismes d'accueil des DHQ lors de leur arrivée au pays et l'orientation initiale en emploi.

### *Mécanismes d'accueil des DHQ lors de leur arrivée au pays*

L'immigration est en soi extrêmement anxiogène. Pour les infirmières DHQ, le fait d'avoir un contrat de travail signé aidait à diminuer le stress lié au fait de devoir se trouver un emploi en arrivant pour subvenir à ses besoins:

« Avoir l'emploi avant de venir a beaucoup aidé, parce que j'ai d'autres amies justement qui ont dû passer ici les [entretiens] d'emploi, et c'est comme plus stressant, plus... Alors moi j'étais plus rassurée, et c'est important parce que quand on migre on a beaucoup d'incertitudes. » (EI-DHQ-R08)

Lors de leur arrivée, les participants de l'étude n'ayant pas de réseaux de contacts ni de famille au Québec se sont retrouvés dans un hôtel, pour une durée moyenne d'une semaine.... et d'autres plus longtemps:

« Après une semaine, je n'avais toujours pas trouvé de logement satisfaisant donc je suis resté dans l'hôtel pendant un mois. » (EI-DHQ-D06)

Plusieurs infirmières DHQ ont été frustrées du peu de mécanismes d'accueil leur étant destinées, surtout si elles comparent la situation vécue à celle qui leur avait été dépeinte lors de leur recrutement (par les missions) :

« À Paris, au salon, ils offrent beaucoup puis, au final, il n'y a pas tellement... « On vous trouvera un emploi, on trouvera un emploi à votre conjoint, etc. On trouvera un logement, un emploi à votre conjoint... » Puis au final, non, ils nous offrent des auberges de jeunesse! Ce n'est pas un logement, c'est très temporaire! Pour mon conjoint, c'est « Voilà, vous avez l'adresse du Pôle Emploi pour trouver un emploi » Et voilà! » (EI-DHQ-R04)

Les employeurs sont eux-aussi conscients de la nécessité d'améliorer l'accueil des infirmières recrutées à l'étranger. Toutefois, ceux-ci soulignent le peu de moyens dont ils disposent pour améliorer la situation :

« Ça a l'air très de base, et c'est clair qu'en tant qu'employeur, je n'ai pas le temps de le faire... On n'a pas les outils [pour offrir des] résidences... Moi, j'ai commencé à travailler en Europe, en Suisse. Quand je suis arrivée, il y avait une chambre qui m'attendait, puis on était attendus à l'hôpital, et trois semaines après on avait un logement pour nous. On n'a pas ce genre de facilités ici au Québec. » (EG-DRH-DSI-072)

### **Période d'orientation dans l'établissement de santé**

L'analyse des résultats nous a permis de faire ressortir trois dimensions de la période d'orientation initiale qui semble influencer le succès de la période de probation, à savoir le contenu de la formation théorique, le choix de l'unité où se réalise l'orientation et le choix des précepteurs.

#### **Contenu de la formation théorique**

La portion théorique de l'orientation initiale en emploi semble avoir été bien appréciée par les infirmières DHQ interrogées. Comme l'exprime une participante : « Pour moi, la théorie a été importante pour comprendre les façons de faire différentes (Q2-1-036) ». Le fait de faire des groupes mixtes, en mélangeant à la fois candidats DHQ et DQ, semble avoir la cote chez les infirmières participant à l'étude.

« Le fait d'être avec des Québécois, ça nous a permis d'en apprendre un peu plus avant d'arriver sur le terrain. Donc savoir qu'il y avait des infirmiers auxiliaires, des préposés. Parce que nous on ne savait pas du tout. Savoir quel était leur rôle. Parce que chez nous ça n'existe pas tout cela. » (EI-DHQ-D01)

La seule amélioration, selon elles, à apporter au programme concerne les informations sur le système de santé, qui mériteraient d'être clarifiées :

« Je sais juste qu'il y a le CLSC, mais vous dire ce que fait le CLSC... Jusqu'à maintenant, quand j'ai besoin d'un médecin, je ne sais pas quoi faire. J'appelle toujours le 800 [...]. Je suis arrivée en octobre, ça va faire un an et demie, et je sais toujours pas qui est quoi. » (EI-DHQ-D04)

#### Choix des unités d'accueil

La présence d'équipes de travail multiethniques et diversifiées est considérée comme un atout pour de nombreuses infirmières DHQ durant leur intégration :

« C'est sûr qu'il y a toujours un genre de barrière pour quelqu'un qui vient de loin, ce n'est pas toujours facile. [Ce qui a aidé] avant tout, c'est le staff. C'est très multiethnique. Tout le monde vient de quelque part ailleurs, ça simplifie pas mal de choses [...] C'est pas seulement chasser l'intrus, parce que tout le monde est différent de l'autre. Ça fait une grande différence par rapport à d'autres hôpitaux. » (EI-DHQ-R09)

Être intégrée dans une unité ayant une expérience préalable des conditions particulières liées à l'immigration et au fait d'être une infirmière immigrante est aussi considérée comme un atout considérable :

« [Dans l'unité X], ils avaient l'habitude de recevoir des infirmières directement débarquées [...]. Ils savaient à quoi s'attendre, alors que ici, ils n'ont pas l'habitude de recevoir des infirmières d'emblée. Donc ils n'ont pas [...] cette formation. Et c'est vrai que quand on arrive on est tout de suite en train de comparer, ça dure six mois on ne fait que comparer. Tous les jours on compare, on compare, on compare, on compare, et ça je sais que ça peut être dur pour quelqu'un qui travaille ici de sans cesse se faire dire qu'ici le travail est moins bien [...] Mais eux ici [dans l'unité], ils ont plus l'habitude et ils ont su se rajuster alors qu'ici, ils ont pas su se rajuster. » (EI-DHQ-D04)

À l'opposé, le fait de changer de section fréquemment lors de l'orientation a été soulevé comme un des facteurs ayant allongé le temps nécessaire à l'adaptation par deux des infirmiers (EI-DHQ-D03/EI-DHQ-D05).

### Choix des précepteurs

Comme l'exprime une participante : « Il est parfois difficile pour une infirmière d'expérience de voir toute sa compétence remise en question lors des stages. Cela a beaucoup diminué ma confiance en mes capacités et mes connaissances (Q2-1-036) ». Pour certaines, cette expérience va jusqu'à modifier leurs plans de carrière :

« À la base je devais partir à l'urgence moi encore, puis on m'a dit il y a encore trente jours d'orientation. J'y suis pas allée parce que... j'en avais pas envie... pas envie de faire encore trente jours ... j'ai trop l'impression d'avoir continué mes études pendant un an. Parce que c'est trente jours d'orientation, et 75 jours de probation où là on n'est pas encore infirmière. Et... si j'allais à l'urgence c'était encore cela, j'avais l'impression que c'était sans fin. Et rien que pour cela j'y suis pas allée. » (EI-DHQ-D08)

D'où l'importance de choisir des précepteurs familiarisés avec la question de l'interculturel et de l'andragogie. D'autres rajoutent que le formateur devrait se porter lui-même volontaire et être motivé par la tâche (Q2-1-009). Tous soulignent l'importance d'une bonne rétroaction de la part du précepteur, chose qui ne semble pas souvent être présente.

*« The funny part is that, if you not hear something back, its mean you're doing good... And I told them, that's will not work for me, I'm professional, I been in that business for a long time, I need a something wreaked and sound. Tell me my weakness, my stretch, if I have to move, to approve anything... They say no you don't go, you're excellent... Whatever, I need to see something writing, because let's say in the future they kick me out, for several reasons, I need to protect my back. » (EI-DHQ-R03)*

Cette situation est d'autant préoccupante lorsque l'étudiant fait face à des difficultés, car elle nuit à la capacité de celui-ci de modifier ses comportements et de s'améliorer.

« On était ensemble vraiment tout le temps, mais on ne m'a rien dit. Et puis un jour ils m'ont dit « ça y est ». J'ai passé deux endroits comme CEPI, et je ne sais toujours pas pourquoi je n'ai pas réussi. On vous dit « signez », mais on ne sait pas quoi améliorer. C'est ça que l'on devrait savoir... » (EI-DHQ-D05)

Certains établissements de santé mettent beaucoup d'efforts dans la recherche du précepteur idéal pour la nouvelle recrue :

« Si c'est le couple qui a des enfants, on va les jumeler avec un couple avec enfants, des fois les problématiques sont les mêmes. Si c'est des jeunes pas d'enfant, on va essayer de les jumeler avec un peu leur profil d'intérêt, c'est plus facile. Parce que des familles, ils ont une difficulté supplémentaire parce que là, avec les enfants, le fait d'être jumelé avec un autre couple, des fois ça peut faciliter les choses. » (EG-DRH-DSI-002)

D'autres infirmières DHQ proposent que le précepteur provienne d'une culture similaire à la leur :

« Je pense qu'un Français, par exemple, devrait faire partie de l'encadrement, car quand on arrive, on compare forcément à nos références. Notre façon de verbaliser est un peu différente, et parfois on peut paraître orgueilleuses. Je pense plus que ce sont des différences d'expressions. » (Q2-9-021)

### **Degré de centralisation ou de décentralisation du processus d'intégration**

Enfin, un des facteurs qui sous-tend l'ensemble des processus d'intégration des infirmières immigrantes dans les établissements de santé et qui semble fortement influencer la réussite de la période de probation est le degré de centralisation et de décentralisation du processus d'intégration des nouveaux employés. En effet, on peut relever deux tendances dans les

processus d'intégration présentes dans les établissements de santé au Québec. Chez les premiers, une seule formule d'intégration en emploi est proposée et tous les nouveaux CEPI sont considérés sur un même pied d'égalité. Le processus est centralisé et uniforme pour chacun des candidats et la période d'orientation est fréquemment concentrée dans certaines unités spécifiques. Comme l'explique une participante (EG-DRH/DSI-) :

« Nous, toute infirmière, que ça soit une infirmière hors-Québec ou une infirmière avec expérience ou des CÉPI, ils ont trois semaines de formation théorique, et on a une entrée par mois. [...] On fait une journée [réservée aux DHQ] avant que le groupe arrive, puis elles se joignent à un groupe de CÉPI. [...] On fait rarement un groupe hors Québec. Elles sont intégrées au groupe du programme d'orientation à chaque mois et puis on les intègre au programme de préceptorat. Les hors Québec, présentement, ne nous coûtent pas plus cher qu'une CÉPI [DQ], c'est le même investissement en terme d'orientation/intégration, [...] donc pour moi, c'est coût zéro les hors Québec. »

À l'inverse, d'autres établissements ont opté pour une approche décentralisée d'intégration des nouvelles recrues (EG-DRH/DSI-004):

« Chez nous c'est un peu différent parce que toutes nos formations et orientations d'accueil sont très décentralisées, donc on n'a pas une journée telle où tous les gens commencent. [...] La plupart du temps, on essaie de sélectionner [l'employé] premièrement selon la spécialité, mais [aussi en fonction] de est-ce qui ont de l'expertise dans cette spécialité pour accueillir l'individu. Admettons, une infirmière avec de l'expérience en soins intensifs, par exemple, c'est sûr qu'elle veut aller [en soins infirmiers], mais est-ce que cette unité de soins intensifs [qui recrute] a la capacité d'intégrer cet individu-là, est-ce qui l'ont déjà faite? C'est quoi le réseautage, l'éducatrice de cette unité-là, est-ce qu'elle démontré sa capacité de le faire [d'intégrer une DHQ]? Donc, nous on fonctionne avec les ressources que nous avons à l'interne. »

Dans ce contexte, les besoins de formation complémentaire sont déterminés en amont et les ressources à l'interne et à l'externe sont mises à contribution pour permettre à la nouvelle recrue une meilleure intégration. Cette flexibilité peut expliquer ses succès en ce qui a trait à la réussite des infirmières DHQ à la période de probation. Toutefois, cette flexibilité a un coût et dans le contexte de compressions actuelles, plusieurs des établissements ayant cette approche de l'intégration remettent en question leur capacité de continuer à mettre en pratique celle-ci.



### **7.5 Objectif 3 : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ en début d'emploi**

L'analyse a permis de faire ressortir deux caractéristiques de l'environnement externe semblant influencer sur la réussite de la période de probation des infirmières DHQ à savoir : l'inadéquation du programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec* avec les besoins des établissements et enfin le contexte économique du pays d'accueil.

#### **Inadéquation du programme collégial de transition de pratique avec les besoins des établissements**

Afin de pouvoir travailler comme infirmière au Québec, les infirmières DHQ se doivent de réussir un stage d'intégration à la profession, qui prend la forme soit d'un stage en établissement de santé, soit d'un AEC collégial d'une durée de six à huit mois. Selon les participantes, il existe des lacunes tant au niveau théorique que pratique de l'AEC actuel ce qui contribue à l'échec de la probation de la majorité des infirmiers DHQ-AEC. Ces lacunes rendaient difficile l'intégration en emploi des infirmières DHQ-AEC, surtout dans les établissements où la structure dont les structures ne permettaient pas de les aider à combler ces manques.

«Les enjeux étaient [...] les notions de rôles. Tu sais, des transferts de connaissances au niveau du jugement clinique. [...] si on persiste dans ce bassin de recrutement [DHQ-AEC], les gros établissements, les [établissements de santé] vont avoir de la difficulté à encadrer et à les intégrer tant que les programmes ne sont pas encore à point. » (EG-DRH-DSI-009)

Non seulement les infirmières AEC-DHQ performant-elles moins bien, en général, en contexte d'entrevues de sélection, mais de plus en plus d'établissements de santé vont jusqu'à refuser de les rencontrer - ne serait-ce qu'en présélection:

« Ceux du CÉGEP, on a même arrêté, nous autres, [de les convoquer] en entrevue. Ils ne réussissent pas à s'adapter à notre milieu. On a essayé, on investit beaucoup de temps et d'énergie et, depuis un an, on a dit "Là, là on arrête là. On se limite à nos Françaises qui réussissent très bien". » (EG-DRH-DSI-005)

Une révision en profondeur du programme d'*Intégration à la profession infirmière au Québec* est d'ailleurs proposée par plusieurs établissements comme une condition essentielle pour permettre un réel succès de la période de probation.

### **Contexte économique du pays d'accueil et du pays d'origine**

Dans un contexte de pénurie, de nombreux établissements de santé ont été forcés d'user de créativité afin de tenter de recruter et de retenir ses infirmières. D'autres sont tentées d'accéder à l'ensemble des demandes de leur personnel dans un effort pour les garder dans leur unité.

« Il y a un manque de personnel là où je travaille, et la chef elle accepte tout... (hésitation) du personnel. Elle fait en sorte de récupérer tout le monde, en espérant qu'ils vont rester. Donc, ça fait beaucoup, beaucoup de monde. [Les critères sont un peu]... pas revus à la baisse (rire) mais [...] elle prend tout le monde (rires). Elle a été une des premières à accepter les douze heures, elle accepte tout en espérant garder le personnel. » (EI-DHQ-R10)

Cette situation est favorable aux infirmières DHQ-AEC, d'autant que celles-ci ont des difficultés de transitions qui demandent un investissement en temps et ressources financières importantes. Toutefois, la situation n'est plus ce qu'elle était :

« Nous on vivait quelque chose de très intéressant dernièrement. On avait trois infirmières qui avaient trois profils internationaux. [...] On a trouvé le bon département pour eux, mais on vit avec les contextes de compressions budgétaires et avec la supplantation. Et ces trois individus là arrivent dans le processus de supplantation. Les enjeux ne sont pas les mêmes, [...] on l'a pris et on l'a mis ailleurs. [...] On constate que malgré que l'individu est bien pour ce service-là, on a du l'enlever et malheureusement les trois ont perdu leur emploi dans le contexte de supplantation. » (EG-DRH-DSI-009)

Surtout qu'à l'heure actuelle, les établissements de santé se retrouvent dans une situation où l'offre est plus importante que la demande :

« J'ai [à l'heure actuelle] je ne sais comment d'embauches [d'infirmières]. Je n'en ai pas eu [autant] depuis je ne sais pas combien de temps. On parle de 100 CEPI attendues... donc je peux me permettre d'être plus sélective dans les hors Québec. » (EG-DRH-DSI-045).

Dans ce contexte de compressions budgétaires et de surplus de main-d'œuvre infirmière, les DHQ risquent d'être perdantes.

« Je suis sensibilisée à la question des infirmières DHQ. Mais si j'ai le choix entre une infirmière formée ici, qui n'a presque pas besoin d'aide, et une DHQ qui, soyons honnête, a besoin de beaucoup de soutien dans son intégration, je vais prendre la Québécoise. »

## **7.6 Objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle et par conséquent influencent la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ**

En concordance avec la revue de la littérature sur l'intégration et avec les résultats de l'étude sur les facteurs explicatifs de la réussite des infirmières DHQ au programme d'Intégration, l'analyse a permis de faire ressortir deux groupes de facteurs psychosociaux qui semblent avoir une influence sur le processus d'intégration socioprofessionnelle des infirmières DHQ, à savoir : les attitudes de l'équipe de travail et les mécanismes de gestion du stress.

### **Attitudes de l'équipe de travail**

L'attitude de l'équipe de travail face à l'infirmière DHQ, que ce soit des collègues ou des gestionnaires ou par extension des patients, a une importance centrale dans la réussite du processus d'intégration des infirmières DHQ. Comme le souligne une participante (EG-DRH-DSI-005);

« L'accueil, c'est nous [...], on est à la direction des soins volet RH, très présentes, mais il reste que nous ne sommes pas sur les unités de soins. S'ils sont mal accueillis sur les unités de soins, je peux bien avoir le plus beau réseau possible, mais s'ils sont accueillis avec une brique et un fanal, ça ne va pas très bien non plus sur l'unité. »

Malheureusement, une majorité d'infirmières DHQ dit avoir été victimes de discrimination de la part de collègues et de membres de leur équipe, même si ces épisodes de discrimination étaient peu fréquents. Le tiers, soit 36,5% des infirmières DHQ interrogées a exprimé avoir parfois été confronté à des comportements discriminatoires, alors que 5% estiment avoir vécu ces comportements discriminatoires « souvent ». Une infirmière va jusqu'à qualifier certaines de ses collègues de « plutôt malveillants » (Q2-9-021). Une autre s'exprime ainsi :

« Sur notre unité, les gens étaient spéciaux... fermés... Si tu poses une question, ils te répondent avec une autre... « Qu'est-ce que tu en penses? » Bien si je te pose [la question], c'est que je n'ai pas d'expérience, [...] et ça serait bien de répondre ou de ne pas poser de questions pour vérifier mes connaissances. » (EI-DHQ-R11)

À d'autres moments, les comportements discriminatoires prenaient la forme d'un refus d'assistance ou de soutien :

« Comme refuser de me servir ou de répondre à mes questions car je ne parle pas une certaine langue, ou que je n'ai pas communiqué avec eux en utilisant la même langue qu'eux » (Q2-1-019).

Certaines infirmières ont même soulevé des incidents où une patiente a demandé à ce « qu'une Québécoise comme elle s'occupe d'elle » (Q2-8-012). Pour une participante, (EI-DHQ-D07) « Les gens ont une idée arrêtée déjà des infirmières DHQ ». Ces préjugés forcent les infirmiers DHQ à devoir démontrer leurs capacités et à se justifier fréquemment :

« Les personnes pensent qu'étant diplômé d'un autre pays, je suis moins compétent, et donc que je délivre des soins, conseils, services moins bons que d'autres. Je suis plus souvent obligé de prouver mes compétences que d'autres collègues. » (Q2-1-002)

Quelquefois, les épisodes de rejet sont motivés non pas par des critères ethniques ou raciaux, mais simplement par l'inexpérience du candidat :

« Je trouve que [les infirmières les plus anciennes], elles sont aigries, elles ne sont pas gentilles avec les nouvelles. Nous on a souvent des CEPI. Elles sont jeunes, elles ne savent pas tout. Mais elles (les plus anciennes) sont intolérantes. Au premier incident, c'est rapport d'accident. Elles ne sont pas très humaines. » (EI-DHQ-R10)

## Mécanismes de gestion de stress

Une majorité d'infirmières DHQ (57%) a exprimé ressentir un stress quotidien modéré à élevé, alors que 6% qualifieraient la plupart de leurs journées comme « très stressante ». Comme l'exprime une participante (EI-DHQ-D01), "Je crois qu'il n'y a vraiment aucun mot qui décrit vraiment ce que l'on vit". Une deuxième infirmière renchérit :

« Moi, j'ai été assez angoissée, en fait. Moi, j'étais infirmière indépendante [...], ça faisait plusieurs années, et j'avais un petit peu peur de m'adapter à l'hôpital. Donc j'ai eu chaud, je pense que j'étais un peu... comment je pourrais dire... tétanisée. Je n'étais pas dans mon élément, quoi. » (EI-DHQ-D03)

Le niveau de stress élevé peut amener les infirmiers DHQ à commettre des erreurs dans leur pratique, qui peut entraîner jusqu'à la remise en question du lien d'emploi :

« Une fille est venue et elle a passé toute la journée sur mon dos. Il faut que tu sois plus rapide! Sois plus rapide. Il y avait beaucoup de pression. Elle est restée sur mon dos toute la journée. Il faut que tu fasses vite. J'ai fini l'orientation, mais il y a encore quelqu'un sur mon dos. Je ne comprends pas. Avant cette journée, toutes les rencontres que j'avais eu avec les conseillères, elles me disaient que vous êtes bien, vous n'avez pas d'erreurs de médication, mais vous êtes lent. Mais après la journée où ils m'avaient pressé, j'ai fait une erreur de médication. Le lendemain, ils m'ont dit que je ne pouvais plus rester [à l'emploi de l'établissement]. » (EI-DHQ-D07)

Afin de gérer ce stress, les infirmières DHQ ont adopté de nombreuses pratiques. Certains se sont appuyés sur leur foi et leur pratique spirituelle pour surmonter ces obstacles, surtout lors d'échecs :

« La volonté divine a fait que ce n'était pas pour moi. La croyance m'a fait passer par-dessus beaucoup de choses. » (EI-DHQ-D07)

Une des solutions adoptées par les infirmières était de relativiser et de recentrer la problématique, en se rappelant la nécessité de s'adapter aux pratiques locales si elles veulent s'intégrer professionnellement :

« [Il fallait] essayer de me dire que c'est moi qui ai décidé de venir ici, et je dois m'adapter au mode de travail et de fonctionnement. » (Q2-1-032)

En résumé, les facteurs d'interaction psychosociaux tels l'attitude sociétale/discrimination et les mécanismes de gestion de stress semblent avoir une influence sur la réussite des infirmières DHQ de leur intégration, et par conséquent de leur période de probation. Mais qu'en est-il des facteurs qui influencent la rétention des infirmières DHQ une fois passé ce moment charnière? La prochaine section vise à répondre à cette interrogation, en explorant les facteurs explicatifs de la rétention à court et à moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi.

## **8. Résultats - Volet III - Facteurs explicatifs de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi**

Comme le laissait présager Pilette (1989), la prise en compte de la dimension temporelle est essentielle dans toute démarche tentant d'expliquer l'intégration socioprofessionnelle. À la lumière des résultats de cette étude, il ressort que les facteurs qui expliquent la réussite de la transition de pratique initiale (période de probation) diffèrent de ceux qui semblent favoriser une rétention à court et moyen terme des infirmières formées à l'étranger. Cette section présente les résultats de l'analyse concernant les facteurs explicatifs de la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi. Tout comme pour les facteurs explicatifs de la période de probation, la présente section est divisée en fonction des quatre sous-objectifs de recherche, à savoir : les caractéristiques individuelles, le milieu de travail, l'environnement externe et les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus de rétention, et par conséquent vont influencer la rétention à court et à moyen terme des infirmières DHQ.

### **8.1 Objectif 1: Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles telles que les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi**

Trois analyses logistiques multivariées ont été réalisées. Une première concerne les facteurs explicatifs du départ de l'emploi durant la première année. Une deuxième traite de facteurs associés à l'intention de quitter leur emploi durant les trois premières années. La dernière s'intéresse aux facteurs qui sont associés à l'intention de cesser de pratiquer en tant qu'infirmière au Québec durant les trois premières années. Les variables prédictives intégrées



au modèle consistent en : l'âge, le fait d'avoir des enfants en bas âge, le niveau de maîtrise de la langue de travail, le milieu de travail<sup>24</sup>, le statut légal de migration, le contexte de recrutement (recrutement spontané/ RSQ) et les motivations de la migration. Lors des corrélations simples, une seule des dimensions des valeurs de Hofstede était corrélée de manière quasi significative avec trois des variables (succès à la période de probation, décision de rester trois ans et décision de rester); celle-ci a été ajoutée au modèle. Les résultats des régressions logistiques sont présentés au tableau XVII (ci-dessous).

### 8.1.1 Critères de validité du modèle

Afin de s'assurer de la validité du modèle proposé, la globalité et la qualité de l'ajustement, et la robustesse du modèle ont été testés. Les résultats des différents tests et leur interprétation sont présentés dans cette section.

*Test d'ajustement global* La non significativité des résultats du test de Hosmer-Lemeshow a permis le rejet de l'hypothèse nulle pour chacun des trois modèles. Les prémices de base (multicolinéarité moyenne ou faible et absence de valeurs extrêmes des résiduels) ont été respectées (voir table XVII, ci-dessous).

**Table XVII : Résultats des tests Hosmer-Lemeshow**

Modèle	Résultat des tests d'Hosmer-Lemeshow
Décision de quitter l'établissement - 1 an	0,589
Intention de quitter l'établissement – 3 ans	0,647
Intention de quitter la profession au Québec – 3 ans	0,460

<sup>24</sup> Le fait d'appartenir au réseau universitaire francophone vs anglophone a été préféré à la variable nominale établissement parce qu'il en découlait un modèle avec une force prédictive et un R<sup>2</sup> supérieur.

**Test de la qualité de l’ajustement – 2LL et R2 Nagelkerke** Pour chacun des trois modèles analysés, le test du modèle entier versus un modèle incluant uniquement la constance est statistiquement significatif, ce qui permet d’avancer que le modèle permet de prédire plus adéquatement la probabilité d’échec à la formation d’appoint que le modèle où  $\beta = 0$ . Considérant le caractère exploratoire de cette étude, un  $R^2$  de plus de 25% serait acceptable (Desjardins 2005). Or, les modèles proposés permettent d’expliquer entre 29% et 52% de la variation de la variable dépendante (voir table XVIII, ci-dessous).

<b>Table XVIII : Résultats des tests de qualité de l’ajustement - 2LL et R2 de Nagelkerke</b>		
	2LL	R2 de Nagelkerke
<b>Décision de quitter l’établissement - 1 an</b>	$\chi^2(8, N = 134) = 18.84, p = .016$	0.294
<b>Intention de quitter l’établissement – 3 ans</b>	$\chi^2(7, N = 143) = 0.000, p = 0.000$	0.520
<b>Intention de quitter la profession au Québec – 3 ans</b>	$\chi^2(7, N = 143) = 16.64, p = 0.000$	0.352

**Test de robustesse** Le modèle proposé a permis de classifier correctement de 75% à 80% des infirmières pour chacun des modèles. Les résultats aux tests d’ajustement global, de la qualité de l’ajustement et de la robustesse du modèle permettent de conclure en la validité du modèle.

### 8.1.2 Interprétation des résultats des régressions logistiques

Le tableau XIV illustre le coefficient de régression, le test de Wald et le rapport des cotes pour chacune des variables prédictives pour les cinq régressions logistiques multiples réalisées. L’interprétation des résultats de chacune d’entre elles est proposée dans la section suivante.

**Tableau XIV : Résultats des régressions logistiques multivariées- Établissements de santé - rétention**

<b>Action de quitter son emploi dans la première année</b>				
<b>Variable prédictatrice</b>	<b>B</b>	<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>	<b>Odds Ratio</b>
Âge	0,080	4,701	0,030**	1,80
Statut lors de la migration (1 = visa étude ou permis temporaire de travail)	-1,024	2,638	0,10*	0,359
Recruté directement (où 1 = oui)	-1,335	3,934	0,047**	0,263
Milieu de travail (où 1 = établissement réseau universitaire francophone)	1,623	4,923	0,026***	5,068
Dimension des valeurs : tolérance à l'incertitude	1,080	3,386	0,066***	2,945
Constante	-5,247	7,514	0,006***	0,05
			* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$	
<b>Intention de quitter son emploi dans les trois premières années suite à l'embauche</b>				
<b>Variable prédictatrice</b>	<b>B</b>	<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>	<b>Odds Ratio</b>
Statut civil (où 1 = célibataire/veuve/divorcée/séparée)	2,086	4,045	0,044**	8,054
Constante	40,293	0,000	0,999	3,155 E+17
			* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$	
<b>Intention de quitter la profession infirmière au Québec dans les trois premières années</b>				
<b>Variable prédictatrice</b>	<b>B</b>	<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>	<b>Odds Ratio</b>
Avoir un enfant en bas âge – moins 16 ans (où 1 = oui)	1,498	3,960	0,047**	4,475
État civil (où 1 = célibataire/veuve/divorcée/séparée)	1,566	6,169	0,013**	4,785
Pays/région (ref = Autres pays)		5,161	0,271	
France	-0,284	0,092	0,761	0,097
Liban	-2,158	3,495	0,062**	0,116
Afrique subsaharienne	-0,98	0,005	0,945	1,103
Canada/US	0,533	0,103	0,748	1,705
Perception intégration (ref = Faible)		8,352	0,039**	
Moyenne	-20,064	0,000	0,999	0,116
Bonne	-19,226	0,000	0,999	1,103
Excellente	-21,236	0,000	0,999	1,705
Constante	14,602	0,000	1,000	21 950 661
			* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$	

*Décision de quitter son emploi dans la première année suivant l'embauche* En utilisant le seuil de significativité de 0.05, les variables représentant l'âge, le fait d'avoir été recruté par le

biais de mission de recrutement RSQ et le milieu de travail semblent avoir un effet partiel sur la probabilité de quitter son emploi dans la première année. Deux autres variables, le statut légal lors de la migration et la tolérance à l'incertitude ont presque atteint le seuil de significativité ( $p < 0.10^{25}$ ) et ont aussi été intégrées au modèle.

**Caractéristiques sociodémographiques** Toutes autres variables constantes, une augmentation de cinq ans augmenterait de quatre fois (400%) les probabilités de quitter son emploi durant la première année d'embauche. Aucune autre variable démographique n'a réussi à atteindre le seuil de significativité.

**Valeurs** Une seule variable représentant les dimensions des valeurs a été intégrée au modèle, soit la variable dimension des valeurs «Tolérance à l'incertitude». Or, les résultats suggèrent que les infirmières ayant une plus faible tolérance à l'incertitude auraient trois fois (294%) plus de probabilités de quitter leur emploi durant la première année après leur embauche.

**Parcours migratoire** Le ratio de cotes inversées indique que le fait d'être recruté activement par l'intermédiaire de missions de recrutement augmente de près de quatre fois (380%) les probabilités des infirmières DHQ de quitter leur emploi durant la première année suivant leur embauche. Le fait de migrer en tant que travailleur temporaire ou avec un visa étudiant augmente de plus de trois fois (278%) les probabilités de quitter son emploi durant la première année suivant l'embauche chez les infirmières DHQ.

---

<sup>25</sup> Pour plus de détail concernant le choix d'intégrer les variables à  $p < 0.10$ , voir commentaire 17 (p.100).

**Milieu de travail** Les probabilités de quitter son emploi durant la première année sont cinq fois plus importante (507%) dans les établissements membres ou affiliés au réseau universitaire francophone que dans les établissements du réseau anglophone.

***Intention de quitter son emploi dans les trois années suivant l'embauche*** En utilisant le critère de signifiante de 0.05, une seule variable, soit l'état civil, est reliée à la probabilité de conserver son emploi plus de trois ans après embauche chez les infirmières DHQ. Ainsi, les infirmières célibataires, divorcées, séparées ou veuves ont des probabilités huit fois plus importantes (805%) de quitter leur emploi dans les trois ans après leur embauche que les infirmières mariées ou en couple. Toutes les autres variables du modèle n'ont pas atteint le seuil de significativité.

***Intention de cesser la pratique infirmière au Québec dans les trois années suivant l'embauche*** En utilisant le critère de signifiante de 0.05, les variables représentant le fait d'avoir un/des enfants en bas âge (moins de 16 ans), le pays/région d'origine et la perception de son degré d'intégration professionnelle semblent influencer sur la probabilité de quitter le domaine de la pratique infirmière au Québec dans les trois ans après l'embauche initiale en établissement de santé.

**Caractéristiques sociodémographiques** Toutes autres variables constantes, le fait d'avoir un ou des enfants en bas âge (moins de 16 ans) augmenterait de quatre fois (448%) les probabilités de quitter son emploi dans les trois premières années d'embauche. Quant à l'état civil, le fait d'être célibataire, divorcée, séparée ou veuve augmenterait de plus de quatre fois (479%) les

probabilités de quitter son emploi durant les trois premières années. Aucune autre variable démographique n'a réussi à atteindre le seuil de significativité.

**Parcours migratoire** Le ratio de cotes indique que le fait de s'estimer mal intégrée professionnellement augmente les probabilités de cesser de pratiquer en tant qu'infirmière au Québec dans les trois ans après l'embauche. Aucune autre variable n'a atteint le seuil de significativité.

**Milieu de travail et valeurs** Les variables « milieu de travail » et « tolérance à l'incertitude » n'étaient pas significativement reliées à l'intention de rester dans la profession trois ans après l'embauche initiale.

En résumé, il ressort que les variables individuelles ayant une influence sur la réussite des infirmières DHQ sont: l'âge, le fait d'avoir un enfant en bas âge, l'état civil, la région d'origine, le statut légal lors de la migration, la tolérance à l'incertitude et le type de recrutement. La perception par l'infirmière DHQ de son degré d'intégration socioprofessionnelle est aussi une variable prédictive de l'intention de cesser la pratique infirmière durant les trois années suivant l'embauche, mais pas de celle de quitter son emploi durant les trois premières années. Une variable externe, soit le milieu de travail, semble aussi avoir une influence considérable sur la rétention à court et à moyen terme. La prochaine section vise à explorer ce résultat, en tentant de déterminer l'influence des caractéristiques de la structure et des processus d'intégration en établissement et sur la réussite de la période de probation chez les infirmières DHQ.

## **8.2 Objectif 2: Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi**

Notre analyse a fait ressortir l'environnement de travail comme l'un des facteurs explicatifs centraux de la rétention à court et à moyen terme des infirmières DHQ. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, la probabilité qu'une infirmière DHQ travaillant dans un établissement de santé du réseau francophone d'avoir quitté son emploi durant la première année est huit fois plus élevée que pour ses consœurs du milieu anglophone. Tout comme pour la période de probation, les facteurs explicatifs de la rétention à court et moyen terme seront présentés en fonction du modèle de Donabedian (2005) Structure-Processus-Résultats. Il ressort de l'analyse qualitative des facteurs liés à la structure (organisation du temps de travail) et au processus (...) semblent avoir une influence sur la rétention à court et à long terme des infirmières.

### **8.2.1 Structure du programme**

L'analyse qualitative a permis de d'identifier une des caractéristiques de la structure des établissements de santé qui pourraient expliquer les différentiels dans la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ, à savoir : l'environnement physique, les équipes de travail; la charge de travail et l'organisation du temps de travail.

#### **Organisation du temps de travail**

L'organisation du temps de travail semble un facteur central dans la décision de rester ou de quitter pour celles-ci. Trois facettes de l'organisation du temps de travail ont émergé des entretiens, à savoir : les horaires de travail, la présence de temps supplémentaire et les vacances.

## Horaires de travail

L'un des premiers chocs auxquels sont confrontées les infirmières DHQ en début d'emploi concerne la définition de travail à temps plein. Comme l'explique une infirmière (EI-DHQ-D04) :

« On nous dit : « vous voulez un temps partiel ou un temps complet ? ». Nous, on dit toutes « temps complet » parce qu'on ne sait pas c'est quoi les différences... déjà notre temps complet c'est 35 heures, ici c'est beaucoup plus. Quand j'arrive en temps complet de 8 heures, quand je vois que je dois travailler dix jours dans ma quinzaine, moi je me dis « non, ce n'est pas possible. Je suis tout le temps à l'hôpital, ça marche pas ».

La planification des horaires sur quinze jours entraîne des insatisfactions majeures chez les infirmières DHQ, notamment parce qu'elle limite leurs capacités de se planifier des moments de repos et de voyage. C'est particulièrement le cas chez les infirmières ayant immigré avec un permis temporaire de travail et dont l'attrait du Québec était en grande partie liée avec la possibilité d'explorer une nouvelle contrée.

« Ce qui est dur ici, c'est de penser en quinzaine. En pensant en mois, on pouvait s'arranger assez facilement des semaines où on ne travaillait que deux jours, ensuite on a cinq jours de repos. Ici, j'ai que deux jours de repos, quinze jours à la suite chaque fois, comme ça je suis à temps complet. Et ça c'est dur aussi. Parce que, finalement, [...] ce qui m'intéressait quand je suis venu, c'est de voir autre chose du pays et j'ai vu... Québec (rires). » (EI-DHQ-D02)

Plus des deux tiers des infirmières DHQ interrogées, quelque soit leur provenance, suggèrent aux établissements d'offrir des quarts de travail de douze heures s'ils veulent augmenter la rétention de leur personnel DHQ :



« Pour moi, du 12 heures c'est bénéfique parce que je ne suis pas fatigué, parce 4 heures [de plus] il y a pas grand-chose à rajouter. [...] et puis, moi, ça me donne du temps pour moi. [...] Si tu es tous les jours à l'hôpital, à force, les patients tu peux plus les voir, quoi. [...] Même si on est professionnel et tout, on a besoin de [...] se récréer à l'extérieur (EI-DHQ-R06)

### Temps supplémentaires obligatoire

De plus, l'existence du temps supplémentaire obligatoire dans certains établissements de santé a été vécue comme un irritant majeur chez de nombreux participants de cette étude, même si dans les faits, seule une minorité d'entre elles (28%) rapporte en avoir fait dans les derniers six mois. Même si le temps supplémentaire est peu fréquent, l'obligation de réaliser du temps supplémentaire est perçue de manière extrêmement négative de la part des infirmières DHQ qui l'ont vécu:

« C'était le dernier jour de mon intégration, et c'est tombé sur moi [le temps supplémentaire obligatoire]. Là, ça a été un peu plus difficile parce que l'on ne s'attend pas forcément à ce que ça nous tombe dessus comme ça. Le premier 16 heures a été difficile, et après... non j'avoue que je ne referais pas 16 heures. [...] Je n'ai pas d'ordinateur au bout des doigts, une erreur est vite arrivée. [...] Quand on veut les placer volontairement c'est une chose, mais c'est vrai que quand ça nous tombe dessus obligé, et que tu dois rester huit heures de plus, c'est difficile à avaler. Puis pouvoir se dire « il faut que je trouve une organisation si j'ai des enfants », ce n'est pas forcément facile... » (EI-DHQ-D01)

Cette perception négative est telle que deux infirmières DHQ ont dit que leur choix d'employeur et leur décision de rester a été en partie motivé par l'absence de temps supplémentaire obligatoire dans ces établissements.

## Possibilités de vacances

Pour les infirmières DHQ, le plus grand irritant lié à l'organisation du temps de travail reste toutefois ce qui touche les périodes de vacances. Or, comme tout nouvel employé, les infirmières DHQ ne bénéficient pas de vacances à leur arrivée : elles doivent accumuler leurs jours pour en bénéficier. Même lorsqu'elles bénéficient de jours de vacances, les infirmières DHQ sont confrontées à une nouvelle problématique : le choix de vacances est déterminé par l'ancienneté dans de nombreux établissements du Québec. Cette situation entraîne un fort ressentiment chez les infirmières migrantes :

« Tout est basé sur l'ancienneté dans l'hôpital : le quart de travail, les vacances, le temps plein ou temps partiel choisi, l'affectation... Une infirmière immigrée n'en a aucune!! [...] Je les vois quand, mes enfants!! » (Q2-1-013)

La question des vacances est d'autant plus importante lors des périodes des Fêtes :

« C'est ça aussi qui est très difficile pour nous,[...], les Hors-Québec, c'est qu'on puisse pas partir pour les Fêtes de fin d'année... et ça pour nous c'est incompréhensible parce, comme moi qui est toute seule, bien mes fêtes de fin d'année je les ai passé devant skype avec ma famille. [...] Vraiment, ce qui me ferait partir ce n'est pas tant le Québec, mais le fait d'être loin des miens. Parce que passer les fêtes de Noël seule parce qu'on ne peut pas prendre plus de trois ou quatre jours... Je ne peux pas aller en France pour trois jours! Avec le prix du billet, le décalage horaire... » (EI-DHQ-D01)

Tel que mentionné par une participante (Q2-1-036), cette situation reflète « le manque de compréhension des collègues et de la hiérarchie de notre besoin et envie de garder les liens et visiter notre famille [...]. Puisqu'on a choisi d'immigrer, nos contacts [dans notre pays d'origine] ne devraient pas être une priorité ». Ce manque de flexibilité au niveau des

vacances a d'ailleurs motivé de nombreuses DHQ à quitter leur emploi et à retourner dans leur pays d'origine :

« L'été dernier j'en avais pas, et cet été j'en aurais pas eu, donc... Donc ça fait un moment qu'on s'en doutait, mais on a pris la décision de rentrer vivre en France. Voilà. [...] Dans le service, ils ont l'habitude que les Français partent. Donc au début, il y avait l'examen de l'ordre, donc les Français restaient deux ans. Ils se sont dit qu'avec le permis temporaire on va rester plus longtemps, mais bon... Moi je serais resté plus longtemps, mais travailler dans ces conditions là, non. » (E-DHQ-R10)

### 8.2.2 Processus du programme

Une fois l'orientation en emploi terminée et la probation réussie, la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ semble être influencée par deux volets distincts du processus d'intégration : d'un côté, par l'accès à la formation et les possibilités de développement de carrière et, de l'autre, par les possibilités de pérenniser son lien d'emploi dans l'établissement.

#### *Accès à la formation et développement de carrière*

Le Québec est reconnu pour la qualité de sa recherche en soins infirmiers et pour ses possibilités d'avancement. Toutefois, les infirmières DHQ se trouvent confrontées à de nombreux obstacles dans leurs démarches de développement de carrière, notamment par les restrictions associées à leur permis de travail. Or, pour plusieurs des infirmières, le concept de résidence permanente ou de permis temporaire était un concept flou :

« Pour moi, vraiment j'ai eu un visa permanent, mais ça aussi c'est à cause que je ne savais pas de quoi on parlait. Quand je suis arrivée, il y avait trois personnes qui étaient avec la dame que je devais aller voir. Elle leur demandait : « vous avez choisi permanent ou temporaire? ». [...] J'ai fait comme un mouton,

j'ai fait comme les trois personnes et j'ai dit permanente. Et après j'ai réalisé que c'était le visa de quoi on parlait. Que je vais signer pour un visa permanent. [... Mais] pour moi, c'était pour deux ans, j'ai signé pour deux ans, j'y vais pour deux ans. » (EI-DHQ-D02)

Pourtant, ce choix peut avoir des répercussions importantes sur l'expérience de l'infirmière DHQ, comme l'exprime une participante:

« Il y a plein de choses qu'on ne m'avait pas dit en France et dont j'ai été très fâchée quand je suis arrivée ici. C'est que moi j'ai un permis de travail restrictif, et quand on a un permis de travail on ne peut pas aller à l'université même pour faire des sessions parce que l'on a besoin de la résidence. Donc, on tombe de haut une première fois. Parce que les papiers [de résidence permanente], maintenant, ça prend plus d'un an à être fait. » (EI-DHQ-D04)

Tout comme l'accès à la formation universitaire la possibilité de suivre des formations d'appoint à l'interne est elle aussi souvent limitée par le type de permis de travail. Cette situation peut entraîner beaucoup de ressentiment chez les DHQ :

« [On a la] mauvaise impression qu'on est là pour boucher les trous, sans avoir le droit aux mêmes avantages, formations que les autres. »

Même dans le cas où elles ont leur résidence permanente, plusieurs infirmières DHQ ont été surprises du coût des études universitaires au Québec, qu'elles perçoivent comme un frein à leur plan de développement de leurs compétences :

« Ce qu'on ne m'avait pas dit c'est le coût excessif de l'université, parce qu'en France on ne paie rien, moi je n'ai rien payé pendant toutes mes études, j'ai même pas déboursé un euro. Au contraire on m'a payé pour mes études pour que j'aille à l'école. Et là me dire de payer [...] 6000 dollars pour aller à

l'école je ne trouve pas ça normal. Ça ferme tout de suite des portes à certaines personnes. Donc oui on a le choix, mais dans des conditions qui sont pénibles.» (EI-DHQ-D04)

La non-reconnaissance de leur niveau d'étude comme correspondant à un baccalauréat freine de plus les ardeurs de nombreuses infirmières DHQ Françaises :

« C'est frustrant. Je n'ai pas envie de reprendre des études que j'ai déjà fait en France. Si je pouvais aller à la maîtrise, j'aurais plus envie de rester. Mais là, c'est ça j'ai l'impression de ne pas être reconnue. Au recrutement, par rapport à mes attentes, on m'a fait croire que je pourrais plus m'épanouir ici. Moi c'est pas le cas. » (EI-DHQ-R07)

Certaines se tournent vers les formations proposées à l'interne par leurs établissements, pour se retrouver confrontées à un nouvel obstacle : l'ancienneté.

« Les anciennes vont en formation, pas les nouvelles. [...] Du coup, pour finir, je n'ai pas mes crédits. Du coup, je vais faire des formations en ligne [...] Pourtant, on a des réunions à tout les lundis avec les pathologues parce qu'on est en greffe. [...] Mais [ça aussi], soit disant ça fonctionne avec l'ancienneté. Alors que des fois, on peut avoir des greffés... et ce sont des gens qui n'ont même pas de greffés qui vont en fait à la formation. Alors à un moment, on s'est fâchés... » (EI-DHQ-R06)

Pour d'autres, la difficulté d'accès aux formations les empêche de pouvoir mettre en pratique leurs acquis professionnels hors Québec, ce qui cause certaines inquiétudes face à des possibles pertes de connaissances (Q2-1-036). Comme l'exprime une participante (Q2-1-002) :

« Mes compétences acquises dans mon pays d'origine et validées par mon pays (compétences qui ne sont pas du ressort de l'infirmier ici ou qui sont du ressort d'un nombre restreint d'infirmiers), ne sont pas exploitées, reconnues et ne servent pas

comme atout ou valeur ajoutée au bénéfice du patient. Le domaine des soins infirmiers est obtus aux changements, obtus aux compétences qui ne viennent pas du Québec même. »

### *Possibilité de pérenniser son lien d'emploi*

Le plus grand facteur semblant influencer la rétention en établissement de santé après la période du contrat de travail semble être leur capacité à pérenniser leur lien d'emploi avec leur employeur. Si, dans le contexte de pénurie actuelle, ce facteur ne devrait pas être problématique, en pratique de nombreux infirmiers DHQ se retrouvent dans l'insécurité à la fin de leur période d'embauche :

« La personne qui m'avait recruté m'avait dit [...] que j'aurais un emploi, et elle a oublié de me dire que mon contrat était sur deux ans, et qu'après deux ans je n'avais plus rien. Donc... C'est l'inquiétude que j'ai, parce qu'on m'a dit pas si longtemps que ça qu'après mon contrat à l'IUGM, soit il n'y en avait pas [de possibilité d'emploi], soit on m'offrirait un 4/15, mais pas plus que ça. » (EI-DHQ-R12)

Ce manque de garantie entraîne de grandes insécurités chez les infirmiers DHQ et les empêche de se projeter dans l'avenir au Québec :

« Aucune garantie de revenus fixes... Comment planifier l'avenir quand on a un 7/15, comment faire une hypothèque? » (Q2-1-013).

Si bien que de nombreuses infirmières prévoient de retourner dans leur pays d'origine à la fin de leur contrat. Un des établissements (E9) a réussi à trouver le moyen de régler ce problème :

« Si l'individu arrivait et leur engagement était pour plus de deux ans, on leur accordait des postes permanents. On trouve que ça peut être un facteur de rétention aussi par rapport à des gens parce que nous on fait des engagements de plus de deux ans. » (EG-DRH-DSI-105)

### **8.3 Objectif 3 : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi**

L'analyse qualitative a permis de faire ressortir un facteur semblant influencer sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ à savoir : les frais liés au droit d'exercice en tant qu'infirmière au Québec.

#### **Frais liés au droit d'exercice au Québec**

Malgré les commentaires soulevés précédemment, la plupart des infirmières PTR/PRT interrogées ne quittaient pas le Québec suite à une insatisfaction liée au travail en tant que telle, mais plus parce qu'elles s'ennuyaient de leur pays et ne pouvaient y retourner avec les contraintes liées au temps de travail. Pourtant, nombreuses sont celles qui se sont dit ouvertes à revenir ponctuellement au Québec. La seule barrière? Les frais associés à la certification de l'OIIQ :

« C'est vraiment trop cher... En France, on a eu un Ordre infirmier qui vient d'être mis en place. Et pendant des années on s'est battus pour avoir ça. Je vous le mets en dollars. Ils l'ont mis et ils ont dit ça va être 60 dollars par année. Là tout le monde s'est mis à manifester, [...] personne n'a voulu s'inscrire, [...] Ici on nous dit que c'est 400\$. Moi je vous dit que rentrée en France, l'Ordre infirmier je vais le payer ce n'est pas cher, il y a pas de problème. (rires)[...] Je discutais avec ma chef, et elle m'aime bien, et elle disait même si tu veux revenir deux trois mois par an... Bien j'ai dit «C'est sûr que s'il y avait pas l'ordre infirmier qui coûtait si cher, moi qui aime bien bouger, je viendrais... 5-6 mois chaque année, je ne sais pas...» Mais là voyait le prix. Je ne peux pas me permettre de payer chaque année 400\$ pour travailler trois mois. » (EI-DHQ-D08)

L'influence du contexte économique du pays d'origine va aussi avoir une influence sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ. Comme le souligne une infirmière;

« En vrai, c'est mes séjours répétés en France [qui m'ont fait voir les avantages du Québec]. À chaque fois que je rentre de France, je me dis « c'est vrai qu'en France c'est trop la crise ». Je vois mes collègues qui sont infirmières en France qui travaillent dix fois plus que moi pour un salaire qui est inférieur. Moi, mon mari, je peux me permettre de lui dire « bien ne travaille pas, j'assume toute la maison ». En France je n'aurais jamais, jamais pu lui dire ça. [...] On a du monde, on a de la famille là-bas à entretenir, donc l'intérêt c'est ça. [...] On peut acheter une maison à des prix modestes, même s'il y a des taxes. Économiquement on est vraiment bien. » (EI-DHQ-D04)

#### **8.4 Objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration socioprofessionnelle, et par conséquent influencent la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ**

Concernant les facteurs psychosociaux, les analyses quantitative et qualitative ont permis de faire ressortir deux facteurs semblant avoir une influence sur le processus d'intégration socioprofessionnelle des infirmières DHQ, à savoir : la qualité du réseau social et les attitudes sociétales.



## Qualité du réseau social

Plusieurs infirmières DHQ interrogées ont exprimé un grand sentiment de solitude et d'isolation sociale. Le tiers d'entre elles estime n'avoir que rarement quelqu'un à qui se confier (27%) ou sur qui compter en cas de besoin (35%). Comme l'exprime une participante;

« Ici, à part mon mari je n'ai personne. J'ai pas d'amis, je ne vais pas dehors... [...]De temps en temps je vois des gens, mais peut-être une fois à tous les trois mois, mais ça s'arrête là.[...]Je pense que je ne suis pas faite pour être amie avec des Québécois. Je pense que vraiment... c'est pas du racisme, c'est vraiment une différence de culture qui est à l'opposée de la mienne. J'y arrive pas... Mon mari n'arrête pas de me dire « arrête de trouver des différences, trouve des points communs », mais j'y arrive pas à en trouver. [...] Je n'ai pas réussi à me faire de réseau parce que même tout est différent, c'est au niveau du travail, au niveau de la façon de se connaître, de se faire confiance... tout est vraiment différent. Et la façon de faire moi je ne l'aime pas. Ça me plaît pas. Les seuls que je connais ce sont des Français. Mais des Québécois, non. Non...» (EI-DHQ-D04)

Cette solitude est couplée avec le vide créé par l'éloignement vis-à-vis de la famille et des amis proches restés dans le pays d'origine :

« Je suis toujours toute seule, donc, c'est dur... je trouve que ce qui est dur c'est de ne pas avoir mes amis proches, ma famille quand je veux au téléphone. [...] Jusqu'à présent j'étais de jour, et quand je finissais de travailler il était 4heures de l'après-midi, donc 22 heure en France... il suffit que j'aie un peu d'épicerie, je rentre et il est 23h, minuit en France. Je peux parler à personne... et ça c'est très difficile [...]. Je me suis fait des amis ici, mais ce n'est pas pareil les amis qu'on se fait à l'âge adulte et les amis qu'on a depuis 10 ans. [...] C'est cela qui me ferait repartir, car je trouve il y a beaucoup de vide dans ma tête. Je ne

peux pas me confier facilement. Si je pouvais avoir ça, mon confier facilement, partager les choses plus facilement, je resterais. » (EI-DHQ-D02)

Les responsables des établissements sont d'ailleurs on ne peut plus conscients de l'importance de la qualité des réseaux sociaux sur la réussite du processus d'intégration des infirmières DHQ :

« La socialisation est tellement importante pour le support. Et les gens qui réussissent bien [à s'intégrer], c'est ceux qui ont, soit de la famille ici pour les soutenir, ou un petit réseau. Je sais que les infirmières françaises ont déjà ce réseau-là, ils communiquent beaucoup par facebook ou des pages web [...] C'est peut-être l'occasion de faire un genre de répertoire de ces choses-là. » (EG-DRH-DSI-068)

Beaucoup sont surpris à quel point les relations interpersonnelles étaient différentes au Québec par rapport à leur pays :

« Il m'avait dit que les premières journées dans l'unité, tout le monde avait été gentil et souriant, que ça va être super facile de se faire des amis. Mais ça fait 6 mois et personne ne m'a invité à prendre le thé chez eux. Moi je me dis que c'est vrai qu'en tant que Québécoise, c'est vrai que c'est rare que t'invites des gens à la maison. » (EG-DRH-DSI-080)

### **Attitudes de l'équipe de travail**

L'attitude de l'équipe de travail, que ce soit des collègues, des gestionnaires ou des patients, a une importance centrale dans la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ. Pour certaines infirmières françaises, la non reconnaissance du diplôme français infirmier comme un baccalauréat représente une forme de discrimination en soi :

« Bien que mon intégration se soit extrêmement bien passée, je me sens discriminée par le fait que mon diplôme français ne soit

pas reconnu à mes yeux à sa juste valeur. J'ai fait 3,5 ans d'études, et où 1000 heures de formation de plus qu'une infirmière clinicienne, et je suis reconnue infirmière cégep (Q »-13-002).

Ces comportements discriminatoires peuvent aussi prendre la forme de commentaires sous le ton de la plaisanterie ou d'insultes concernant la provenance d'origine (sacres/ ostie de Français –Q2-1-015/Q2-1-009), de préjugés sur l'implication au travail ou de généralisation des comportements (Q2-1-036).

« [Les infirmières québécoises ont] peu de sympathie [et] ne font pas d'efforts [pour nous intégrer], pensant que nous allons partir. Mais vous ne nous incitez pas à rester! [...] Si j'ai bien compris, si je veux repartir, ils ne vont pas me retenir! » (Q2-1-014)

À la lumière de ces résultats, on peut avancer que les facteurs psychosociaux tels que l'attitude de l'équipe de travail et la qualité du réseau social sont des facteurs centraux dans la décision des infirmières DHQ de quitter ou de rester non seulement à l'emploi mais aussi dans la profession infirmière au Québec.

## 9. Discussion

Il ressort de notre étude que le processus d'intégration et celui de la rétention des infirmières immigrantes sont composés de plusieurs sous-processus (intégration professionnelle, en emploi et au milieu de travail, rétention à court, moyen et long terme). Plus important encore, nos résultats démontrent que les facteurs influençant ces sous-processus diffèrent. La prochaine section discute des principaux résultats de l'étude. Dans une optique de trianguler les résultats entre les différentes phases de collecte, ceux-ci seront regroupés en fonction des différents objectifs de l'étude.

### Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques et le parcours migratoire des infirmières formées à l'étranger semblent avoir une influence sur chacun des processus d'intégration et de rétention, même l'influence de celles-ci diffère en fonction du processus étudié. Ainsi, l'âge aurait une influence non seulement sur l'intégration professionnelle et l'intégration en emploi, mais aussi sur la rétention à court terme. En effet, nos résultats démontrent que les participants plus âgés ont non seulement des probabilités plus élevées d'échouer au programme d'intégration et à leur période de probation en emploi, mais aussi de quitter leur emploi dans la première année suivant leur embauche. Ce résultat rejoint partiellement les constats de Berry (2006b), qui affirme que l'âge pouvait avoir un effet dual sur le processus d'intégration des immigrants. Ainsi, les immigrants les plus jeunes ayant tendance à être plus mobiles, ceux-ci auraient une plus forte probabilité de quitter le pays hôte si le stress lié à l'immigration devient trop important. L'auteur souligne toutefois que le fait d'être plus âgé n'est pas nécessairement un avantage. Ainsi, plus un individu est âgé, plus ses pratiques seraient figées. Par conséquent,

l'adaptation à un nouveau milieu demanderait un effort supplémentaire pour les immigrants plus âgés. En faisant un parallèle avec nos résultats, on peut penser que les participants les plus âgés sont ceux qui possèdent aussi le plus grand nombre d'années d'expérience antérieure. Par conséquent, ce serait aussi chez ces participants que la pratique infirmière serait la plus cristallisée et où la transition de pratique demanderait le plus d'adaptation.

*Maîtrise de langue de formation ou de travail* Les barrières communicationnelles sont considérées par plusieurs auteurs comme étant l'obstacle majeur à l'intégration professionnelle des infirmières formées à l'étranger (Deegan et Simkim 2010, Daniel, Chamberlan et Gordon 2001). Nos résultats appuient partiellement cette affirmation. Ainsi, les probabilités que les infirmières formées à l'étranger ayant une maîtrise insuffisante de la langue de formation échouent au programme de transition de pratique étaient notablement plus élevées que chez celles ayant une maîtrise intermédiaire ou avancée de la langue de formation. Ces obstacles communicationnels ont été d'autant présents lors des stages en milieu clinique et ont fréquemment été soulevés comme un des facteurs centraux des échecs à la formation, tant par les participants que par les représentants des programmes. Ce résultat rejoint ceux de Baumann et Blythe (2012), qui ont d'ailleurs souligné l'importance d'intégrer des cours de langue dans les formations d'appoint destinés aux infirmières formées à l'étranger. Toutefois, le niveau de maîtrise de la langue de travail ne semble pas avoir d'influence sur la réussite de la période de probation et la rétention à court et moyen terme. En effet, les infirmières formées à l'étranger de notre étude ont soulevé certaines difficultés communicationnelles (en particulier en ce qui a trait au jargon et à l'accent). Toutefois, il semblerait qu'en définitive ces obstacles

communicationnels n'auraient pas d'effet significatif sur la réussite de leur intégration en emploi ou sur leur rétention à court et moyen terme.

*Formation et expérience antérieure* À la lumière de notre analyse, le niveau de formation en lien avec les sciences infirmières et l'étendue de l'expérience professionnelle antérieure ne semblent pas avoir d'influence sur la réussite de la formation d'appoint, de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme. Cela contredit les résultats de la seule étude s'être intéressée à cette thématique. En se basant sur les résultats d'une étude qualitative exploratoire, Murphy (2008) avance que les infirmières formées à l'étranger n'ayant pas d'expérience de travail antérieure à la migration sont désavantagées par rapport à leurs consœurs. En effet, selon l'auteur, les infirmières formées à l'étranger ayant peu ou pas d'expérience dans leurs pays d'origine auraient beaucoup de difficulté à intégrer leur milieu de travail d'accueil. Ces résultats ne sont toutefois pas appuyés par notre étude.

*Valeurs* Les questions de genre sont de plus en plus cruciales dans le contexte d'équipes multiethniques, où les questions de genre touchent de valeurs de base (Tirmizi 2008). Toutefois, nos résultats semblent démontrer que le sexe biologique ne semble pas influencer la réussite de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme. Ceci va à l'encontre des résultats des études antérieures. En effet, si l'ensemble des études recensées ont pris la peine de souligner le genre des participants aux études, seules deux d'entre elles (DiCicco-Bloom 2004, Winkelmann-Gleed et Seeley 2005) explorent réellement l'influence du genre sur le processus d'acculturation et sur la rétention. Or, les deux études soutiennent que le genre va

non seulement avoir un impact sur les conditions de migration, mais aussi sur les relations avec les équipes locales et la perception de la pratique infirmière.

L'ensemble des études portant sur les infirmières formées à l'étranger avancent que la différence de valeurs - et le choc associé au processus de transition - est un des obstacles centraux à l'intégration socioprofessionnelle (McGonnagle et al. 2004, Jose 2008, Yi et Jezewski 2000). Toutefois, ces études étaient essentiellement exploratoires, utilisant un devis qualitatif. À notre grande surprise, aucune des cinq dimensions des valeurs de Hofstede (2008) ne semble avoir d'influence sur la réussite de la formation d'appoint et de la période de probation. De plus, une seule des dimensions des valeurs (la tolérance à l'incertitude) est associée à la rétention à court terme (un an). Ce qui semble sous-entendre que l'influence des valeurs sur l'intégration professionnelle, l'intégration en emploi et la rétention à court et moyen terme n'est peut-être être pas aussi centrale que les études exploratoires ne le laissaient présager.

*Pays d'origine* Dans un même ordre d'idée, le pays d'origine des infirmières formées à l'étranger ne semble pas non plus avoir une influence importante sur les probabilités de réussite de l'intégration et la rétention à court et moyen terme. En effet, de toutes les régions d'origine contrôlées, seules les infirmières ayant obtenu leur diplôme en Asie ont des probabilités - légèrement - plus grandes d'échouer au programme de formation d'appoint. En ce qui concerne l'intégration en emploi, nos résultats démontrent que les infirmières provenant de France ont des probabilités plus élevées de réussir leur période de probation. Considérant que le cursus académique en soins infirmiers enseigné en France est similaire à celui proposé

au Québec, ces résultats ne sont pas étonnant en soi. Enfin, la région d'origine ne semble pas avoir d'influence sur la rétention à court et moyen terme, sauf en ce qui concerne la rétention à moyen terme au Québec. En effet, les infirmières provenant du Liban (Moyen-Orient) ont des probabilités légèrement plus élevées de retourner dans leur pays dans les trois ans suivant leur embauche. Ces résultats sont similaires à ceux de Tabar (2010), qui dans son analyse des tendances de la migration des migrants libanais, en vient à la conclusion que les migrants semi-qualifiés ou qualifiés ont tendance à retourner au Liban à moyen terme lorsque vient le temps de s'établir. Puisqu'aucune étude à l'heure actuelle n'a comparé les processus d'intégration en prenant en compte l'origine des infirmières formées à l'étranger, il n'est pas possible de comparer nos résultats.

### **Motivations de la migration**

Depuis Kigma (2001), les facteurs motivant la migration ont été le sujet de nombreuses études. Or, pour Berry (2008), les facteurs qui poussent un individu à migrer vont avoir une influence considérable sur son processus d'adaptation, notamment en déterminant son attitude et ses attentes face au pays d'accueil. Pourtant, aucune n'avait tenté d'aller valider l'étendue de cette influence. À notre surprise, une seule des catégories de motivations (désir d'aventure et de découverte) semble avoir une influence sur la réussite de la formation d'appoint. De plus, nos résultats démontrent que les infirmières migrant avec des visas de travail ou d'études ont des probabilités plus élevées de quitter leur emploi dans la première année suivant l'embauche. Ce qui renforce l'idée que les motivations de la migration vont influencer le parcours migratoire. Ces résultats rejoignent ceux de Larsen et al. (2005). En se basant sur les tendances de la migration des infirmières, les auteurs avancent que l'immigration motivé par un désir



d'aventure et de découverte est de courte durée, après laquelle les infirmières soit retournent dans leurs pays d'origine, soit restent dans le pays hôte dans une optique de développement de carrière. En se référant à l'expérience britannique, Allen et Larsen (2003) soulignent que cette *working holiday strategy* fait surtout référence aux infirmières blanches immigrant dans les anciennes colonies. Dans le cas du Québec, il est intéressant de souligner qu'une majorité des infirmières ayant migré dans une optique de découverte ou d'aventure, ou qui migrait avec un visa temporaire, provenait de France.

Le contexte de la migration a de plus une influence sur le processus d'intégration et sur la rétention des infirmières formées à l'étranger. Ainsi, le fait d'avoir migré seul semble de plus avoir une influence considérable sur le processus d'intégration, que ce soit sur l'intégration professionnelle ou en emploi. En effet, notre étude démontre que le fait d'avoir migré seul augmente à la fois les probabilité d'échouer le programme de formation d'appoint, mais aussi celles d'échouer la période de probation en emploi. Ceci rejoint les conclusions de Haynes et al. (2009) et de Daniel et al. (2001), qui soulignent que le soutien social est un élément clef dans l'adaptation du migrant dans son milieu d'accueil.

*Type de recrutement* Enfin, un des grands questionnements actuels porte sur l'efficacité du recrutement actif de professionnels de la santé. Dans un contexte de globalisation, de plus en plus d'agences privées ou parapubliques ont vu le jour. Pourtant, les effets de ce type de recrutement n'ont pas été documentés (ou du moins les résultats des études à ce sujet n'ont pas été diffusés). Cette étude a permis de combler ce vide. Ainsi, les professionnels de la santé recrutés activement semblent avoir des probabilités plus élevées de réussir leur intégration en

emploi (mesurée par la réussite de la période de probation). Dans le contexte du Québec, ceci est probablement lié au fait que l'essentiel des missions de recrutement est organisé en France, pays dont le cursus infirmier est inspiré de celui du Québec. Si la réussite du processus d'intégration en emploi semble se trouver favorisé par le recrutement actif, il en est autrement lorsque l'on examine leur rétention à court terme dans le système de santé québécois. En effet, les professionnels de la santé recrutés activement ont des probabilités quatre fois plus élevées de quitter leur emploi dans la première année. Par conséquent, le recrutement actif ne permettrait pas de répondre aux besoins de main-d'œuvre infirmière à moyen-long terme.

### **Milieu de formation ou de travail**

Une majorité des études portant sur l'intégration des infirmières formées à l'étranger sont de types exploratoires, se concentrant sur leur expérience de transition et d'adaptation à un nouveau milieu. Or, nos résultats démontrent que le milieu de formation et de travail sont des facteurs centraux dans la réussite de l'intégration et dans la rétention à court et moyen terme des infirmières formées à l'étranger.

Le manque d'harmonisation dans les politiques de recrutement, le contenu et l'organisation et les méthodes et critères d'évaluation ont de plus été ciblés comme des facteurs ayant une influence sur la réussite des infirmières formées à l'étranger participant au programme de formation d'appoint. Ces constats rejoignent partiellement Kunno (2004), qui dénonçait le manque d'homogénéité dans le contenu et dans la qualité des programmes de transition de pratique.

En ce qui concerne l'environnement de travail, trois facettes au niveau des processus des établissements de santé semblent influencer le succès à la période de probation, soit : le contenu théorique présenté, le choix des unités et celui des précepteurs. L'accès à des programmes de préceptorat et de mentorat est d'ailleurs perçu comme un facteur facilitant l'intégration par de nombreux auteurs (Allen, Lentz et Day 2006, Newton et al. 2010, Nichols et Campbell 2010, Geerish et Griffith 2004). Ces programmes permettent aux infirmières de créer des liens et à la fois de faciliter l'adaptation professionnelle et socioculturelle des infirmières immigrantes. En ce qui concerne la rétention à court terme, l'organisation des équipes de travail, la charge et l'organisation du travail, l'accès à la formation et au développement de carrière et la possibilité de pérenniser son lien d'emploi sont les facteurs les plus importants dans l'intention de rester à l'emploi. Ceci rejoint les constats de plusieurs auteurs quant à la migration motivée par des considérations professionnelles, tels le désir de développement de carrière, l'exposition à de nouvelles pratiques infirmières et aux hautes technologies, ainsi que les possibilités de formation continue motivent plusieurs infirmières étrangères à immigrer (Alexis et Vydelingun 2004, Daniel et a. 2001, Palese 2007, Buchan 2003). Toutefois, les auteurs constatent que si les attentes concernant le développement de carrière et de compétences ne sont pas comblées, ce type de migrants a tendance à retourner dans son pays d'origine.

### **Environnement externe (politique, économique et légal)**

L'environnement politique, économique et légal semble de plus avoir une influence sur le succès ou l'échec à la formation d'appoint. Ainsi, les délais importants dans le processus de reconnaissance des dossiers d'équivalence et d'entrée en formation, les difficultés rencontrées

dans les démarches liées au soutien financier lors des études, ainsi que les problématiques liées à la concertation entre les établissements de formation et l'Ordre professionnel lors d'échecs semblent compliquer le processus d'adaptation des infirmières immigrantes. L'importance des délais dans le processus de reconnaissance de la formation et de l'expérience antérieure sont d'ailleurs documentés par Murphy (2008), qui les cible comme cause importante de *deskylling* chez les professionnels de santé immigrants. Quant aux facteurs externes, deux points ont été soulevés, à savoir l'inadéquation du programme actuel «*d'Intégration à la profession infirmière*» au collégial et le contexte de pénurie infirmière qui, en se résorbant, risque de limiter les possibilités offertes aux infirmières immigrantes. Enfin, pour certaines infirmières ayant pris la décision de quitter, au niveau de l'environnement externe, les frais importants liés à l'obtention du permis de pratique représentent un frein important au potentiel retour à la profession.

### **Facteurs psychosociaux**

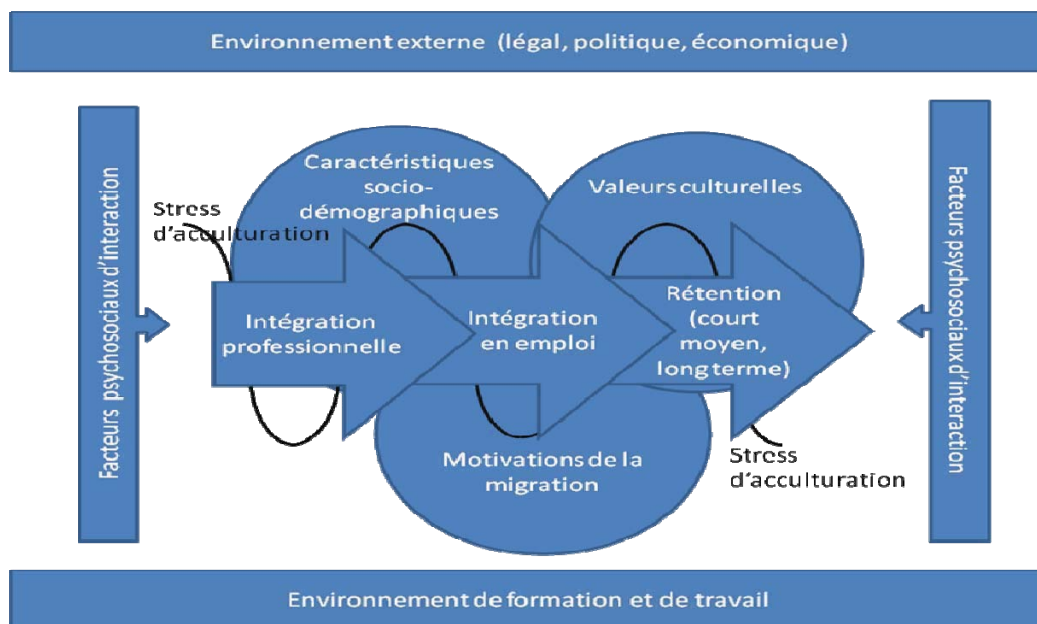
Enfin, les facteurs psychosociaux semblent avoir une influence importante sur le processus d'adaptation de pratique des infirmières immigrantes, même si la présente étude ne nous permet pas de quantifier celle-ci. Une proportion importante des infirmières interrogées ont vécu un stress élevé lors de leur formation d'appoint. Ces résultats rejoignent ceux des études exploratoires sur l'intégration des infirmières formées à l'étranger, qui soulignent toute la quantité de stress découlant de la transition de pratique et l'intégration à la société d'accueil (Murphy 2008, Takeno 2010, Xu et al.2008). Cette situation semble exacerbée par les expériences négatives vécues en milieu de stage et de formation, que les infirmières associent souvent à de la discrimination. Enfin, deux groupes de facteurs psychosociaux agissant sur la

probabilité de réussite à la période de probation ont aussi été soulevés, à savoir l'attitude de l'équipe de travail, ainsi que les mécanismes de gestion du stress. Quant aux facteurs psychosociaux, la qualité du réseau social et l'attitude des équipes de travail semblent des facteurs importants de la rétention à court et moyen terme, que ce soit en emploi ou dans la profession.

### **Contributions de l'étude**

Malgré l'augmentation des flux migratoires de professionnels de la santé, il n'en reste que la recherche à cet égard en est encore à ses balbutiements. Or, il n'existait que des modèles conceptuels partiels du phénomène de l'intégration et de la rétention des professionnels de la santé migrants. Les plus utilisés étaient le modèle de Berry (2006b), qui porte essentiellement sur l'intégration socioculturelle des immigrants en ciblant comme acteurs l'individu et le groupe, ou ceux de Wittenmore (2005) et Delobbe et Vandenberghe (2000), qui se sont intéressés uniquement aux facteurs influençant l'intégration en milieu de travail. Cette étude propose un modèle conceptuel adapté, qui prend en compte la globalité du processus d'intégration et peut être généralisé à l'ensemble des professionnels de la santé. Suite à cette étude, certaines modifications ont été apportées à celui-ci. En effet, cette étude a démontré que le processus de transition de pratique était à la fois influencé par les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de la migration du professionnel de la santé immigrant, mais aussi par les facteurs organisationnels et par l'environnement externe. Or, ce processus de transition de pratique va entraîner un stress considérable chez le migrant. Certains facteurs psychosociaux interagiront avec ce processus, tels les attitudes sociétales et les mécanismes de gestion de stress. La réussite de l'intégration est garante à la fois de la réussite de la transition

de pratique et de l'intégration réussie en milieu de travail. Toutefois, une des parties du modèle a été réfutée par des validations supplémentaires (qui seront explorées dans des études subséquentes), soit le fait que les valeurs allaient être modifiées par le processus d'intégration. En effet, les chercheurs s'étant intéressés à la question se divisent en deux postulats: ceux qui estiment que les valeurs peuvent changer en fonction des expériences (par exemple l'intégration dans un nouveau milieu) et ceux qui soutiennent que les valeurs sont figées et que les individus vont modifier leurs pratiques (sans qu'il y ait de modifications aux valeurs sous-jacentes) pour s'adapter à un nouvel environnement. Si le modèle initial s'appuyait sur la première vision, des tests supplémentaires sur la base de données semblent soutenir la deuxième. En effet, la comparaison entre le questionnaire des valeurs en T0 (début de la formation/emploi) et T2 (fin de la formation/ un an post période de probation) ne démontrent pas de changements de valeurs significatifs et cela sur l'ensemble des cinq dimensions des valeurs. Le modèle a donc été modifié pour tenir compte de ces nouvelles informations (voir figure XV, ci-dessous).



### **Figure XV: Modèle conceptuel des facteurs explicatifs de l'intégration de la rétention des infirmières formées à l'étranger**

En s'appuyant sur les résultats de notre étude, nous pouvons avancer que la réussite de l'intégration et de la rétention semblent influencés à la fois par les caractéristiques individuelles du migrant (âge, etc.), ses valeurs (tolérance à l'incertitude) et les motivations sous-tendant sa démarche d'immigration. Ce processus d'intégration va entraîner un stress d'acculturation considérable, dont l'influence sur la réussite d'intégration sera modulée par certains facteurs d'interactions psychosociaux tels le réseau social et familial, les relations avec collègues et gestionnaires/personnel enseignant et les attitudes sociétales. La réussite du processus d'intégration doit toutefois tenir compte de l'environnement externe (légal, politique) et organisationnel, qui semble avoir une influence presque aussi importante sur la réussite du processus d'intégration que les caractéristiques individuelles du migrant.

Outre un modèle théorique adapté, la présente étude contribue de manière substantielle à la recherche dans le domaine de l'intégration des professionnels immigrants. Plus précisément, elle a permis de s'interroger sur l'efficacité du recrutement direct, particulièrement en ce qui a trait à la rétention à court et moyen terme. De plus, elle a permis de dissiper le préjugé selon lequel l'échec de l'intégration était uniquement dû aux caractéristiques liées à l'individu, en soulignant l'influence centrale du milieu de formation et de travail sur la réussite du processus d'intégration.

### **Validité interne et externe**

Lors de la rédaction du protocole de recherche, les plus grands risques estimés reliés à la validité interne se rapportaient d'une part à la validité de contenu lié au biais de désirabilité sociale de la part des sujets, qui pourraient être tentés de répondre en fonction des attentes de l'intervieweur; d'autre part à la perte potentielle de sujets au long de l'étude. En ce qui concerne la validité externe, les risques de biais découlaient principalement de la réactivité des participants face à notre intervention (Contadriopoulos et al. 1990). Afin de limiter ces risques de biais, une attention particulière a été portée à sensibiliser les participants à l'importance de leur apport quant à la recherche. Les craintes concernant un biais potentiel lié à la désirabilité sociale ont été davantage présentes lors du volet I de l'étude. En effet, de nombreux participants ont préféré attendre que la formation soit terminée pour s'exprimer librement face à celle-ci, selon leur propres dires, par peur de représailles en cas de commentaires négatifs. La chercheuse a tenté de minimiser ce biais en tentant de développer une relation de confiance avec les participants de l'étude. Par exemple, pour les étudiants en formation d'appoint, les groupes de discussion ont été organisés à la fin de leur programme. Notre objectif était de limiter leurs craintes que leurs commentaires puissent leur nuire dans leur formation. Ceci semble avoir porté fruits, puisque même une fois la collecte terminée, des DHQ d'autres cohortes ont contacté la chercheuse pour avoir des informations ou pour s'exprimer. Aussi, les résultats de recherche ont été diffusés tout au long du processus, par le biais de midi-conférences et d'ateliers auprès des partenaires. Ceci a permis de maintenir l'intérêt à la fois des participants et des gestionnaires impliqués dans le projet. Quant à la question de la validité externe, une attention particulière a été portée au biais possible lié à la réactivité des participants face à notre intervention (Contadriopoulos et al. 1990). Toutefois, une comparaison entre les taux de réussite de la formation d'appoint et de la période de probation



et de la rétention à court terme des participantes au projet versus les cohortes de DHQ antérieures n'ont pas relevé de différences majeures entre les groupes.

### **Implications de l'étude**

*Implications pour la théorie et la recherche* Malgré l'intérêt d'un modèle conceptuel adapté, il serait intéressant de valider celui-ci avec une autre population de professionnels de la santé immigrante, pour s'assurer de sa transférabilité. De plus, si cette étude a permis de cibler le milieu de formation et de travail comme un facteur central influençant l'intégration et la rétention des infirmières formées à l'étranger, malheureusement il ne nous a pas été possible de cerner l'influence relative de chacune de ces composantes. De plus, il serait intéressant de poursuivre la recherche sur la question de l'influence des valeurs sur la réussite du processus d'intégration, mais en utilisant un autre modèle. En effet, la typologie de Hofstede (1980) porte sur les valeurs culturelles dans un contexte organisationnel. Il serait intéressant de voir si ces variables seraient encore non significatives avec une typologie de valeurs plus générale.

*Implications pour les politiques* De plus en plus de pays se tournent vers le recrutement international pour combler leurs déficits de main-d'œuvre locale, que ce soit chez les professionnels de la santé ou pour l'ensemble des travailleurs qualifiés en pénurie. Notre étude a remis en question l'efficacité à court-moyen terme de cette stratégie. Toutefois, notre étude ne s'est intéressée qu'à la question de la rétention à court et moyen terme. Il serait intéressant d'explorer les implications de l'apport de la main-d'œuvre professionnelle de la santé sur la qualité, l'accès aux soins et sur le transfert de connaissances à la main-d'œuvre locale. Notre étude a de plus permis de comparer deux cheminements d'intégration: un entièrement en

milieu clinique et l'autre en milieu académique avec stages cliniques. Cette démarche pourra éclairer les gouvernements voulant mettre en place un programme d'intégration de la main-d'œuvre professionnelle immigrante.

*Implications pour la pratique* L'intégration n'est pas uniquement une démarche individuelle: elle implique tout autant son environnement. La présente étude a permis de cibler les facteurs qui influençaient la réussite du processus d'intégration en emploi et de rétention à court et moyen terme en établissement de santé. De plus, les programmes de mentorat et de préceptorat ainsi que le soutien de l'équipe de travail sont ressortis comme des facteurs ayant une influence importante sur la réussite de l'intégration en emploi. Toutefois, on ne sait rien sur le type d'informations, la manière et la fréquence des relations qu'entretiennent les infirmières formées à l'étranger avec ces acteurs. Il serait intéressant d'explorer le réseau d'interactions entre l'infirmière formée à l'étranger et ses coéquipiers, afin de cerner les canaux d'informations qu'elle exploite. Ceci permettrait aux gestionnaires de mieux cibler les interventions visant la transition de pratique.

## 10. Conclusion

En résumé, cette étude a permis un avancement considérable des connaissances sur les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières formées à l'étranger. Celle-ci a permis de cibler les facteurs individuels, organisationnels, externes et psychosociaux qui influencent la réussite du processus d'intégration et la rétention à court et moyen terme des infirmières formées à l'étranger. Mais plus que tout, cette étude a permis à celles-ci de faire entendre leur voix. Parce qu'ultimement, il faut se rappeler que ces échecs d'intégration sont plus que des statistiques pour les infirmières immigrantes.

« Quand j'ai raté mon stage, ça m'a fait mal au cœur. [...] Il y avait beaucoup d'émotions. Mes enfants m'ont dit : « Et pourtant tu travailles fort ». J'avais les larmes aux yeux ». Nous avons fait des milliers et des milliers de kilomètres avec notre famille. Vous imaginez? Et pour quoi? » (EI-3-001)

## 11. Bibliographie

Abriam-Yago, K., Yoder, M., & Kataoka-Yahiro, M. (1999). The Cummins model: A framework for teaching nursing students for whom English is a second language. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(2): 143-149.

Adams, E. & D. Kennedy. (2006). *Positive practice environments: Key considerations for the development of a framework to support the integration of international nurses*. International Center on Nurse Migration, Geneva.

Adeniran, R., Rich, V., Gonzalez, E., Peterson, C., Jost, S., & Gabriel, M. (2008). Transitioning internationally educated nurses for success: A model program. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13, Manuscript 3.

Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSS). (2009). Document interne.

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSSM) (2010). Processus d'intégration des diplômées hors Québec à l'OIIQ. Montréal, Québec : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (document de travail – comité DHQ).

Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (ASSSM) (2011). Étude exploratoire sur l'intégration des CÉPI diplômées hors Québec avec une attestation d'études collégiales dans le réseau de la santé et des services sociaux. Montréal, Québec : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal (unpublished).

Alexis, O. (2002). Diversity and equality. *Nursing Management*, 9, 22-25.

Alexis, O. & V. Vydelingum, (2004) The lived experience of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in the south of England. *Diversity in Health & Social Care* 1(1): p. 13-20.

Alexis, O. & V. Vydelingum (2005) The experiences of overseas black and minority ethnic registered nurses in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Research in Nursing* 10 (4): 459-472.

Alexis, O. & V. Vydelingum, (2009) Experiences in the UK National Health Service: the overseas nurses' workforce. *Health Policy* 90 (2-3): 320-328.

Alexis, O., V. Vydelingum, & I. Robbins (2006) *Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS*. *Journal of Clinical Nursing* 16 (12): 2221-2228.

Allan H, & Larsen J. (2003) *We Need Respect: Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK*. Royal College of Nursing: London.

American Organization of Nurse Executives. (2007). *Healthy work environments: Foreign nurse recruitment best practices*. Washington, D.C.: Author.

Australian Government Department of Health & Aging (2008) *Report on the Audit of Health Workforce in rural and Regional Australia, Avril 2008*. Nursing Workforce. Commonwealth of Australia, Canberra.

Bandura, A. (2005) The evolution of social cognitive theory. In. KG Smith & MA Hitt (Eds). *Great minds in management: The process of theory development* (p. 9-35). Oxford, UK. Oxford University Press.

Bauder, H. (2003) Origin, employment status and attitudes towards work: immigrants in Vancouver, Canada. *Work, Employment & Society*, 20 (4): 709-729.

Baumann, A., J. Blythe, C. Kolotylo & J. Underwood. (2004) *Immigration and Emigration: A Canadian Perspective*. Coll. Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada. Gouvernement du Canada: Nursing Sector Study Corporation.

Baumann, A., Blythe, J., Rheume, A., & McKintosh, K. (2006). *Internationally educated nurses in Ontario: Maximizing the brain gain* (2nd ed.). Health Human Resources Series 3. Hamilton, ON: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.

Baumann, A., & Blythe, J. (2008). Globalization of higher education in nursing. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13, Manuscript 4.

Baumann, A., & Blythe, J. (2009). *Integrating internationally educated professionals into the healthcare workforce*. Toronto, ON: Ontario Hospital Association.

Baumann, A., & Blythe, J. (2012). *Community Collaboration for IEN/ESL Employment: Bridging the Gap. A Descriptive Evaluation*. Health Human Resources Series 32. Hamilton, ON: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University. Retrieved from <http://www.nhsru.com/wp-content/uploads/Community-Collaboration-for-IENs-Final-June-5-20122.pdf>

Basabe, N & Valencia, J. (2007). Culture of Peace: Sociostructural Dimensions, Cultural Values, and Emotional Climate. *Journal of Social Issues* 63(2): 405-419.

Beaton, M., & Walsh, J. (2010). Overseas recruitment: experiences of nurses immigrating to Newfoundland and Labrador, 1949–2004. *Nursing Inquiry*, 17, 173–183.

Bermeyer, C. (2008) «La GRH et les organisations face aux dynamiques culturelles», dans Waxin, M-F & Barmeyer, C. (eds) *Gestion des Ressources Humaines Internationales: Problématiques, stratégies et pratiques*. Rueil-Malmaison, Fr. Ed. Liaisons.

Berry, J.W. (1970) Marginality, stress and ethnic identification in an acculturated Aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1 (1): 239-252.

Berry, J.W. (1980) Social and Culture change. In Triandis. & R. Brislin (eds). *Handbook of cross-cultural psychology* (211-279), Boston: Allys & Bacon.

Berry, J.W. (2006a) «Context of acculturation». In Sam, D.L. & Berry, J.W (eds). *The Cambridge handbook of Acculturation Psychology* (27-42). Londres: Cambridge Press.

Berry, J.W. (2006b) «Stress Perspectives on acculturation». In Sam, D.L. & Berry, J.W (eds). *The Cambridge handbook of Acculturation Psychology* (43-57). Londres: Cambridge Press.

Betancourt, J. R. A. R. Green & E. J. Camillo (2002) *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approach*. The Commonwealth Fund. [En ligne] [www.cmwf.org](http://www.cmwf.org)

Blythe, J., Baumann, A. Réhaume, A., & McIntosh, K. (2009). Nurse migration to Canada: pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20, 202-210.

Borda RG, Norman I.J. (1997). Testing a model of absence and intent to stay in employment: a study of registered nurses in Malta, *International Journal of Nursing Studies*, 34(5): 375-84

Brockner, J., Ackerman, G. Greenberg, J. Gelfand, M.J. Francesco, .M. Chen, Z.X., Leung, K. Bierbauer, G. Gomez, C. Krikman, B.L. & Shapiro, D. (2001). Culture and procedural justice: The influence of power distance on reactions to voice. *Journal of Experimental Social Psychology* 37 (1): 300-315.

Brush, B. L. (1994) *Sending for Nurses: Foreign Nurse Immigration to American Hospitals, 1945-1980*. Thèse: University of Pennsylvania.

Brush, B. L., J. Sochalski & A. M. Berger. (2004). Imported Care: Recruiting Foreign Nurses To U.S. Health Care Facilities. *Health Affairs* 23 (1): 78-87.

Buchan, J. (2001) Nurse Migration and International Recruitment. *Nursing Inquiry* 8 (12): 203-204.

Buchan J (2002) *International recruitment of nurses: UK case study*. London: RCN.

Buchan, J. (2003). *Here to stay?* International nurses in the UK.. London: Royal College of Nursing.

Buerhaus, P. I., K. Donelan, B. T. Ulrich, L. Norman, C. DesRoches & R.t Dittus. (2007) Impact of the Nurse Shortage on Hospital Patient Care: Comparative Perspectives. *Health Affairs* 26 (3): 853-862.

Boylston, M. T., & Burnett, I. (2010). Education, adaptation, and orientation of Korean nurses in a U.S. healthcare system. *Journal of Nurses Staff Development*, 26, 23-27.

Burnard P & Naiyapatana W (2004) *Culture and communication in Thai nursing*, University of Wales College of Medicine, Cardiff.

Chanlat J. F., (2005) *Le manageur européen à l'écoute de la culture* », dans Management Européen et Mondialisation, Edition Dunod.

Charest, C. A. (1992) *Analysis of a Transcultural Innovation: the Socialization of Filipino Graduate Nurses into an Acute Healthcare Organization in the United States*. Thèse en Sc.Inf. Amherst: University of Massachusetts.

Chege, N. et M. Garon. (2010). Adaptation challenges facing internationally educated nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 29, 131-135.

Cheng, C-Y., & Liou, S.R. (2010). Intention to leave of Asian nurses in US hospitals: does cultural orientation matter? *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2033–2042.

Clément, R., Noels, K. A., & Deneault, B. (2001). Inter-ethnic contact, identity, and psychological adjustment: The mediating and moderating roles of communication. *Journal of Social Issues* (57) 559-577.

Cocker, N. (2001) Racism in medicine: an agenda for change. Eds Lavoisiers, Paris, 227p.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer* (3e éd.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Coomber, B. & Barriball, KL. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies* 44(4): 574-588.

Cooper H.M. (1989). *Integrating Research: A Guide for Literature Reviews*, (2<sup>nd</sup> ed). Newbury Park: Sage Publishing.

Coulombe, S. & Tremblay J-F. (2006) Migration, human capital, and skills redistribution across the Canadian provinces. HRSDC-IC-SSHRC Working Paper: Mai 2006.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.«

Cummings, T. (2009) Migrant nurses' perceptions and attitudes of integration into the preoperative setting. *Journal of Advanced Nursing*. 65, 1611–1616.

Daniel, P., Chamberlain, A., & Gordon, F. (2001). Expectations and Experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 10, 254-265.

Davenport, N. C. (2007) A Comprehensive Approach to NCLEX-RN® Success. *Nursing Education Perspectives* 28 (1): 30-33.



Davis, C., & Nichols, B. (2002). Foreign-educated nurses and the changing U.S. nursing workforce. *Nursing Administration Quarterly*, 26, 43-51.

Dacuycuy, L.B. (2008). The Migration of Health Professionals. ILO Asian Regional Programme on Governance of Labour Migration. Working Paper No.7 Retrieved from <http://www.pstalker.com/ilo/resources/ILO%20MGREU%20WP07%20-%20The%20Migration%20of%20Health%20Professionals.pdf>

Dean, J.A. & K. Wilson. (2009) 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed ...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity & Health* 14 (2): 185-204.

Deegan, J. & Simkin, K. (2010). Expert to novice: Experiences of professional adaptation reported by non English speaking nurses in Australia. *Australian Journal of advanced nursing*, 27, 31-37.

Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology* 1, 35-41.

De Veer, A., Den Ouden, D.-J., & Francken, A. (2004). Experiences of Foreign European Nurses in the Netherlands. *Health Policy*, 68, 55-61.

DiCicco-Bloom, B. (2003) The Gendered and Racialized Experiences of Immigrant Nurses from Kerala, India, *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (1) 26-33.

Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.

Ea E., Itzhaki M., Ehrenfeld M., & Fitzpatrick, J. (2010). Acculturation among immigrant nurses in Israel and the United States of America. *International Nursing Review*, 57, 443-448.

Emerson, E. E., Griffin, M. Q. L'Éplattenier, N. & Fitzpatrick, J. J. (2008). Job Satisfaction and Acculturation among Filipino Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (2): 46-51.

Erez, E., Adelman M. & C. Gregory. (2009) Intersection of Immigration and domestic violence. *Feminist Criminology*, 4 (1): 32-56.

Estrada, A. O. (1996) *Filipino Staff Nurses' Level of Job Satisfaction in Three Urban Hospital Settings: Focusing on Nurses Immigrating During the Nurse Shortage, 1980-1990*. Thèse Dep. Éducation. Columbia University.

Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (2007). « Accommodements raisonnables : la nécessité d'aller au-delà des perceptions ». Mémoire déposé à la commission de consultation sur les pratiques d'accommodements reliés aux différences culturelles. 27p.

Freeman, Tom et Linda O'Brien-Pallas. (1998). "Factors affecting job satisfaction on specialty nursing units". *Canadian Journal of Nursing Administration*, 11(septembre/octobre): 25-51.

Foolks, C., K. Duvalko, P. Baranek, L. Lamothe, et K. V. Rondeau. (2002). *Health Human Resource Planning in Canada: Physician and Nursing Work Force Issues*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

Gandhi, S. and B. French, (2004) *Sharing what works: adaptation programmes for overseas recruits*. *Nurse Education in Practice*, 4(2): p. 114-119.

Gatley, S., R. Lessem, & Y. Altman (1996). *Comparative management: A transcultural odyssey* London: Mc Graw Hill Press.

Geertz, C. (1973) *The Interpretation of Cultures*. Basic Books 2000 paperback

Gerrish, K. and V. Griffith (2004) *Integration of overseas registered nurses: evaluation of an adaptation programme*. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6): p. 579-587.

Girgin, Z. (2005). «Human Resource Management in an International Context». Dans Ozbilgin, M. Ed. *International Human Ressource Management*. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Gordis I (2004) *Epidemiology*. Phildelphia, Elsevier.

Greenberg, J. (2000). Promote procedural justice to enhance the acceptance of work outcomes. In Locke, E.A. Ed. *A handbook of principles of organizational behaviour*. Oxford, UK: Blackwell Press.

Grenier N. (2007). *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022. Québec :Direction de la planification et des soins infirmiers. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.*

Habermann, M. et M. Stagge. (2010). «Nurse migration: a challenge for the profession and healthcare systems». *Journal of Public Health* 18: 43-51.

Hall, E. (1977). *Beyond Culture*, Anchor Books.

Hall, E. (1990). *Understanding Cultural Differences* Yarmouth, ME: Intercultural Press.

Hardill, I., & MacDonald, S. (2000). Skilled international migration: The experience of nurses in the UK. *Regional Studies*, 34(7), 681-692.

Hayfron, J. E. (2008) The Economics of Norwegian Citizenship, in: Bevelander, P. and DeVoretz, D. J. (Hrsg.): *The Economics of Citizenship*, University Malmö, Malmö, S. 91-104.

Hayne, A.N., C. Gerhardt, and J. Davis (2009). *Filipino nurses in the United States: recruitment, retention, occupational stress, and job satisfaction*. *Journal of Transcultural Nursing* 20(3): p. 313-322.

Hawthorne L. (2001) The Globalisation of the Nursing Workforce: Barriers Confronting Overseas Qualified Nurses in Australia. *Nursing Inquiry* 8 (4):213–29.

Hegde, R, & DiCicco-Bloom, B. (2002), Working identities: South Asian nurses and the transnational negotiations of race and gender. *Qualitative Research Report in Communication*, 22, 27-35 & Special Supplement: Juin, 25-31.

Heinz, D. (2004). “Hospital nurse staffing and patient outcomes: a review of current literature”. *Dimensions of Critical Care Nursing* 23 (janvier/février): 44-50.

Herzberg, F. , Mausner, B. et Snyderman, B.B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley.

Higginbottom, G. (2011). The transitioning experiences of internationally-educated nurses into a Canadian health-care system: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 10,1-13.

House, R.J, P.J. Hanges, M. Javidan, P.W. Dorfman, V. Gupta (2004) «Culture, Leadership and Organization: The GLOBE Study of 62 Societies. Londres: SAGE Publ.

Horner, M. (2004). A review of supervised practice program for overseas nurses. *Nursing Times*, 100, 38-42.

Hosftede, G. (1980). *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Thousand Oaks, C.A: Sage.

Hosftede, G. (2001). *Culture's Consequences: Comparing values, behaviours, institutions, and organizations across nations*. (2e éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hosftede, G et G-J. Hosftede. (2004). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. New York: McGraw-Hill

Ibitayo, K.S. (2010). *Factors affecting the relocation and transition of internationally educated nurses migrating to the United States of America*. December. These. Texas University Philosophy department.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) (2013). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2012*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) (2010). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2009*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2007). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2006). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2005*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2005). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2004*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2004). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2003*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

Institut Canadien d'Information sur la Santé (2003). *Tendance de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002*. Ottawa, Institut Canadien d'Information sur la Santé.

International Organization of Migration. (2003). *World Migration 2003. Challenges and Responses for People on the Move*. Vol 2. IOM. Geneva.

Janiszewski, G. H. (2003). "The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature". *Journal of Advanced Nursing* 43 (6): 335-343.

Jernigan, A. C. (2008). *Relationships and Retention: The Staff Nurse Perspective*. Thèse: Sc. Infirmière. Texas: Texas Woman's University.

JLI Africa Working Group. (2004) *The Health Workforce in Africa: Challenges and Prospects*. Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources. WHO, Mars 2004.

Juraschek S.P., Zhang X., Ranganathan V., & Lin V.W. (2012). United States Registered Nurse Workforce Report Card and Shortage Forecast. *American Journal of Medical Quality*. 27 (3), 241-249.

Jones, C., & Gates, M., (2007). The Costs and Benefits of Nurse Turnover: A Business Case for Nurse Retention. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12 (3), Manuscript 4.

Jose, M. M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review*, 58(1), 123-129.

Jose, M.M., (2008). *A phenomenological study of the lived experiences of foreign educated nurses working in the United States of America*. University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences. 148 p.

Kaufman, G. (2006). Nurse practitioner in general practice: an expanding role. *Nursing standard* 11(8): 44-47.

Kluckholn, F. & Strodtbeck, F. (1961). *Variation in Value Orientation*. Evanston, IL. Roe, Peterson .

Kinderman, K.T. (2006). Retention Strategies for Newly Hired Filipino Nurse. *Journal of Nursing Administration* 36(4): 170-172.

Klarsfeld A, AF Bender. (2009). «Gender and diversity in organizations: international perspectives». *Equal opportunity International* 28(7): 623-629.

Kroeber, A.L. & Kluckholn, F. (1952). *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. Cambridge. Peabody Museum Press.

Kramer, M. (1974). *Reality shock*. St. Louis: Mosby.

Larsen, J.A., Allan, H.T., Bryan, K., & Smith, P. (2005). Overseas nurses' motivations for working in the UK: globalization and life politics. *Work, Employment and Society*, 19, 349–368.

Larsen, J.A. (2007). «Embodiment of discrimination and overseas nurses' career progression». *Journal of clinical nursing*, 16(12): 2187-2195.

Latham, G.P. (2008). *Work Motivation: History, Theory, Research and Practice*. Foundation for organizational Science SAGE.

Latham, G.P. & Pinder, C.C. (2005). Work Motivation Theory and research in the Dawn of the Twenty-first Century. *Annual Review of Psychology* 56: 485-516.

Liebkind, K. (2001) Acculturation. In Brown R. & Gaertner S. (eds). *Blackwell handbook of social psychology* (386-406). Oxford: Blackwell Press.

Liou, S. and S.J. Grobe (2008) *Perception of practice environment, organizational commitment, and intention to leave among Asian nurses working in U.S. Hospitals*. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(6): p. 276-282.

Liou S.R., & Ching-Yu, C. (2011). Experiences of a Taiwanese Nurse in the United States. *Nursing Forum*, 46, 102-109.

Lenth, R. V. (2006-9). *Java Applets for Power and Sample Size* [Computer software]. Retrieved 2011-02-28 de <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>.

Lee, H., S. Hwang, J. Kim & B. Daly. (2004). «Predictors of Life Satisfaction of Korean Nurses». *Journal of Advanced Nursing* 48(12): 632-641.

Locke, E.A. & Latham, G.P. (2002). Building a practically usefull theory of goal setting and task motivation: A 35 year old odyssey. *American Psychologist* 57 (2): 705-717.

Locke, E.A. & Latham, G.P. (2004). What should we do about motivation theory? Six recommendations for the twenty-first century. *Academy of Management Review* 29 (3): 388-403.

Locke, E.A. (1975). Personnal Attitudes and Motivation. *Annual Review of Psychology* 26, 457-480.

Locke, E.A. (2000). Motivation, cognition and action: An analysis of studies of task goals and knowledge. *Applied Psychology: An International Review* 49: 408-429.

Lopez, N. (1990). *The acculturation of selected Filipino nurses to nursing practice in the United States*. Doctorat en sciences infirmières. University of Pennsylvania, Philadelphia.

Lu, H., While, AE. & Barriball, K. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 42: 211-217.

Ma, A., Quinn. X., Griffin, M.T., Capitulo, K.L., & Fitzpatrick, J.J. (2010). Demands of immigration among Chinese immigrant nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 443–453.

Magnusdottir, H., (2005). *Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse*. *International Nursing Review* 52(4): 263-269.

Maslow, A.H. (1943). A human theory of motivation. *Psychological Review* 50: 370-396.

Malsow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.

Masgoret A.M.& C. Ward. (2006). Culture learning approach to acculturation In Sam, D.L. & Berry, J.W (eds). *The Cambridge handbook of Acculturation Psychology* (58-62). Londres: Cambridge Press

Matiti, M. R., & Taylor, D. (2005). The cultural lived experience of internationally recruited nurses: A phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2(1): 7-15.

McGonagle, C., O'Halloran S & O'Reilly, O. (2004) The expectations and experiences of Filipino nurses working in an intellectual disability service in the Republic of Ireland. *Journal of Learning Disabilities*, 8 (4): 371-381

Mee, V. & Sanders. J.M.. (2001). Understanding the Diversity of Immigrant Incorporation: A Forms-of-Capital Model. *Ethnic and Racial Studies* 24 (mars): 386-411.

Mee, C., & Robinson, E. (2003). What's different about this nursing shortage? *Nursing*, 33(1), 51-55.

Meleis A I; Douglas M K; Eribes C; Shih F; Messias D K. (1996). Employed Mexican women as mothers and partners: valued, empowered and overloaded. *Journal of advanced nursing* 23(1):82-90.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2001). *Rapport du Forum national de la planification de la main-d'œuvre infirmière*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.



Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière*. Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-509-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007*. Québec : Gouvernement du Québec.

Mobley, W. H. (1977). Intermediate Linkage in the Relationship Between Job Satisfaction and Employee Turnover. *Journal of Applied Psychology* 62 (2): 237-240.

Morgan D.L. (1997, 2nd Edition) *Focus groups as qualitative research*. London: Sage.

Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (Rev. Ed.). (pp. 117-131). Newbury Park, CA: Sage.

Muncada, F.L. (1995) *The labor migration of Philippine nurses to the United States*. Catholic University of America. 214 p.

Murphy, S. (2008), *Actualizing the Dream: experiences of internationally-educated nurses*. Calgary: University of Calgary (Canada). 304 p.

Nagel, S. S. (1998). *Public Policy Evaluation: Making Super-Optimum Decisions*. Public Studies: Organization Series. Vermont: Ashgate Publishing.

Nease, B., (2009) *Creating a successful transcultural on-boarding program*. *Journal for Nurses in Staff Development*, 25(5): p. 222-228.

Okougha, M., & Tilki, M. (2010). Experience of overseas nurses: The potential for misunderstanding. *British Journal of Nursing*, 19, 102-106.

Omeri, A., & Atkins, K. (2002). Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 495-505.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Novembre (2004). *Les infirmières formées à l'étranger et l'accès à la profession au Québec*. Mémoire présenté au Groupe de travail sur l'accès aux professions et métiers réglementés du Ministère des Relations avec les Citoyens et Immigration. Québec : Bureau de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Novembre (2007). *Nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence! (Une)* - Mémoire adopté par les membres du Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 26 octobre 2007. Québec : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2008). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008*. Montréal : Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.

Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2011-2012*. Montréal : Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2010a). *Infostats 2* (2) février 2010. En ligne <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n02/index.html>

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Juillet (2010b). *Document de travail interne*. Montréal : Comité Intégration DHQ.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2010c). *Rapport annuel 2009-2010 de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec*. Montréal, Québec : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Oberg, K. (1960). Cultural shock: Adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology* (7): 177-182.

Omeri, A. & K. Atkins, *Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning*. *International Journal of Nursing Studies*, 2002. **39**(5): p. 495-505.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2006a). *Global Atlas of the Health Workforce*. En ligne (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, page accédée le 30 janvier 2010).

Orland-Barak, L. & Wilhelm, D. (2005). Novices in clinical practice settings: Student nurses stories of learning the practice of nursing. *Nurse Education Today*, 25 (6), 455-464.

Ozbilgin, M. 2005. *International Human Resource Management*. Palgrave Macmillan. Houndmills.

Oudenhoven, J.P.V., C. Ward & A-M Masgoret (2006). Patterns of relations between immigrants and host societies *International Journal of Intercultural Relations* 30(6): 637-651  
Special Issue: Attitudes towards Immigrants and Immigration.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris. Armand Colin.

Pal, L. A. (2006). *Beyond Policy Analysis: Public Issue Management in Turbulent Times*. Toronto: Thomson-Nelson.

Palese, A., Barba, M., Borghi, G., Mesaglio, M., & Brusaferrò, S. (2007). Competence of Romanian nurses after their first six months in Italy: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2260-2271.

Palese, A., Barba, M. & Mesaglio, M. (2008). The career paths of a group of Romanian nurses in Italy: a 3-year follow-up study. *International Nursing Review*, 55, 234-239.

Parry, M., & Lipp, A. (2006). Implementation of an adaptation program for Filipino nurses in a U.K. adult cancer hospice. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 83-89.

Pilette, P.C. (1989). Recruitment and retention of international nurses aided by recognition of phases of the adjustment process. *Journal of Continuing Education in Nursing* 20(6): 277-281.

Pizer, C.M., et al., *Nurses' job satisfaction: are there differences between foreign and U.S.-educated nurses?* *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1992. 24(4): p. 301-306.

Porter, L. & Lawler, S.H. (1968), *Managerial Attitudes and Performance*. Irwin-Dorsey Ed. Georgetown, Ontario

Porter, S. 1992. Women's in a women's job: a gendered experiences of nurses. *Sociology of health & illness* 14 (4): 510-527.

Primeau, M-D & Philibert, K. (2013), Facteurs explicatifs de la réussite des infirmières diplômées hors Canada à l'examen d'entrée à la profession de l'OIIQ, Montréal: Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal.

Raghuram, P., *Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses*. *Journal of Clinical Nursing*, 2007. 16(12): p. 2246-2251.

Recrutement Santé Québec. (2010). Accessed June 10th, 2013. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/rsq/index.php?home>

Rogan, WW. , Latham, G.P., & Kinne, S.B. (1973). The effect of goal setting and supervision on worker behaviour in an industrial situation. *Journal of Applied Psychology* 58 (2): 302-307.

Rogan, F., San Miguel, C., Brown, D., Kilstoff, K. (2006) "You find yourself". Perceptions of nursing students' from non-English speaking backgrounds of the effect of an intensive language support program on their oral clinical communication skills. *Contemporary Nurse* 23: p 72-86.

Ronquillo, C., Boschma, G., Wong, S.T., & Quiney, L., (2011). Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nursing Inquiry*, 18, 262–275.

Ryan, M. (2003) A buddy program for international nurses. *Journal of Nursing Administration* 33 (6): 350-352.

Sam, D.L. (2006). « Acculturation: conceptual background and core components ». In Sam, D.L. & Berry, J.W (eds). *The Cambridge handbook of Acculturation Psychology* (15-26). Londres: Cambridge Press.

Santé Canada. (2010). *Les expériences de l'immigration et du diabète*. Questionnaire – Projet diabète et immigration.

Sarver, J. & Baker, D.W.. (2000). Effect of Language Barriers on Follow-up Appointments after an Emergency Department Visit. *Journal of General Internal Medicine* 15 (4): 254-264.

Schwartz, S.H. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied Psychology: An International Review* 48 (2): 23-47.

Schein, E. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. Josey-Bass.

Schein, E.H. (1992). *Organization Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schiller, N. G., Basch, L. & Blanc, C. S. (1995). From Migrant to Transmigrant: Theorizing Transnational Migration. *Anthropological Quarterly* 68 (1): 188-234.

Schoenhofer, S. (1989). Love, beauty, and truth; Fundamental nursing values. *Journal of Nursing Education*, 28(8), 382-384.

Seachrist, K., Lewis, E. M, Rutledge, D.N. & Keating, S. B. (2002). *Planning for California's nursing work force: Phase III final report*. Sacramento, CA: Association of California Nurse Leaders.

Sherman, R., & Eggenberger, T. (2008). Transitioning internationally recruited nurses into clinical settings. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 535-546.

Shields, M. A.& Ward, M. (2001). Improving Nurse Retention in the National Health Service in England: the Impact of Job Satisfaction on Intention to Quit. *Journal of Health Economics* 20 (septembre): 677-701.

Shiraev, E.B & Levy, D.W. (2007) *Cross-Cultural Psychology: Critical Thinking and Contemporary Applications(3e Édition)*. Boston: Pearsons ED.

Shiraev, E.B & Levy, D.W. (2007) *Cross-Cultural Psychology: Critical Thinking and Contemporary Applications (3e Édition)*. Boston: Pearsons ED.

Smith, C.D.A., Fisher, C. & Mercer, A. (2011). Rediscovering nursing: A study of overseas nurses working in Western Australia. *Nursing and Health Sciences*, 13, 289–295.

Sochan A. & Singh M.D. (2007) Acculturation and socialization: voices of internationally educated nurses in Ontario. *International Nursing Review* 54 (2): 130–136.

Sodowsky, G. R., Lai, E. W. M., & Plake, B. S. (1991). Moderating effects of sociocultural variables on acculturation attitudes of Hispanics and Asian Americans. *Journal of Counseling and Development*, 70, 194–204.

Spangler, Z. (1991). Transcultural Care Values and Nursing Practices of Philippine-American Nurses. *Journal of Transcultural Nursing* 3 (2): 28-37.

Spector, P.E. (1997). *Job Satisfaction, Application, Assessment, Causes and Consequences*. Londres. SAGE.

Spitzer D.L. (2005). Engendering health disparities. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl.2), S78-S96.

Steers, R.M. & Sanchez-Runde, C.J. (2002). Culture, motivation, and work behaviour. In M.J. Gannon & K.L. Newman (Eds). *The Blackwell handbook of cross cultural management*. (P. 190-216). Oxford, UK: Blackwell Press.

Takeno, Y.(2010). *Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia*. *Journal of Nursing Management*, 2010. 18(2): p. 215-224.

Taylor, A. et S. M. Brigham. (2006). Growing Health(y) Workers: Reversing the Education-Job Optic. *Canadian Public Policy/Analyses de Politiques* 32 (4): 259-271.

Tirmizi, S. A. (2008). The Impact of Culture in Multicultural Teams. *Effective Multicultural Teams: Theory and Practice*. A L.T. S.A. Halverson, Springer: 21-42.

Tomblin Murphy G, Kephart G, Birch S, Lethbridge L. (2009) Planning for What? Challenging the Assumptions of Health Human Resources Planning. *Health Policy* (Published online May 13<sup>th</sup>, 2009. DOI Information; 10.1016/j.healthpol.2009.04.001).

Turriffin, J., Hagey, R., Guruge, S., Collins, E., & Mitchell, M. (2002). The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: Cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 655-667.

Tregunno, P., Campbell, H. & Gordon, S. (2009). International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nursing Inquiry*, 16, 182–190.

Tregunno, D., Campbell, H., Allen, D., & DeSousa, D. (2007). *Learn from my experience. College of Nurses of Ontario internationally educated nurses (IEN) knowledge translation project report*. Toronto, ON: College of Nurses of Ontario.

Trompenaars, F. et CM. Hampden-Turner. (1998). *Riding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Global Buisness* (2<sup>e</sup> ed). Chicago, Il: Irwin.

Turriffin, J., Hagey, R., Guruge, S., Collins, E., & Mitchel, L. (2002). The experiences of professional nurses who have migrated to Canada: Cosmopolitan citizenship or democratic racism? *International Journal of Nursing Studies*, 39, 655-667.

Ulrich, C, O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A, Dannis, M & Gardy, C. (2007). «Ethical climates, ethnic stresses and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States». *Social Science & Medicine* 65 (8): 1708-1719.

United States Census Bureau. (2012). *The 2012 Statistical Abstract*. Washington, DC: United States Census Bureau. Retrieved from <http://www.census.gov/compendia/statab/cats/population.html>

VanderPlaat, M. (2007). *Integration Outcomes for Immigrant Women in Canada: A Review of the Literature 2000-2007*. Atlantic Metrololis Center. Working Paper No. 8- 2007

Van Hear, N. (1998) *New Diasporas: The Mass Exodus, Dispersal and Regrouping of Migrant Communities*. London: UCL Press.

Vapor V.R., Xu Y. (2011) Double whammy for a new breed of foreign-educated nurses: lived experiences of Filipino physician-turned nurses in the United States. *Research and Theory for Nursing Practice* 25(3), 210-226.

Vroom, V.H. (1964). *Work Motivation*. New York: John Wiley & Sons.

Ward & C.-H. Leong, (2006) Intercultural relations in plural societies. Dans: D.L. Sam and J.W. Berry, Editors, *Cambridge handbook of acculturation psychology*, Cambridge University Press, Cambridge. 484–503.

Weiner, B. & Graham, S. (1999). Attribution in personality psychology. In. L. Pervin & O. Johns Eds. *Handbook of personality: Theory and research* (605-628). New York: Guilford Press.

Weitzman, E. A. and Miles M. B. (1995). *Computer Programs for Qualitative Data Analysis: A Software Source Book*. Thousand Oaks, Sage.

Williams, J. (1992). Orienting foreign nurse graduates through preceptors. *Journal of Nursing Staff Development*, 8, 155-158.

Windsor, K. (2009). *Correlation of nurse leadership style to organizational commitment of foreign-educated nurses in U.S. hospitals*. University of Phoenix. 139 p.

Winkelmann-Gleed, A., & Seeley, J. (2005). Strangers in British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing*, 14, 899-907.

Winterton, J. (2004). «A conceptual model of labour turnover and retention». *Human Resources Development International* 7(3): 371-390.

Withers, J. and J. Snowball. (2003) *Focus. Adapting to a new culture: a study of the expectations and experiences of Filipino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust*. NT Research. 8(4): 278-290.

Witchell, L., & Osuch, A. (2002). Managing international recruits: Managing an adaptation program for overseas registered nurses. *Nursing Management*, 9, 10-14.

Withers, J. & Snowball, J. (2003). Adapting to a new culture: a study of the expectations and experiences of Filipino nurses in the Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust. *NT Research*, 8, 278-290.

World Health Organization. (2006a). *Global Atlas of the Health Workforce*. En ligne (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, page accédée le 30 janvier 2010).



World Health Organization. (2006b). *The World Health Report 2006- Working together for health*. En ligne. (<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>, page accédée le 30 janvier 2010).

Xu, Y. (2006a) Differences in Healthcare Systems Between East and West: Implications for Asian Nurses. *Home Health Care Management Practice*, 18(4): 338 - 341.

Xu, Y.. (2006b) Trended profile of internationally educated nurses in the United States: implications for the shortage and beyond. *Journal of Nursing Administration*, 30 (11): 522–525.

Xu, Y. et al. (2008). *Adaptation and Transformation Through (Un)Learning: Lived experiences of Innigrant Chinese Nurses in US Healthcare Environment*. *Advances in Nursing Science* 31 (2): E33-E47.

Yaktin, U.S., Azoury, N.B., & Doumit, MA. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration* 33 (7-8): 384-390.

Yi, M., & Jezewski, M.A. (2000). Korean nurses' adjustment to hospitals in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 721-729.

Yoo, B. N. Donthu & T. Lenartowicz (2011). Measuring Hofstede's Five Dimensions of Cultural Values at the Individual Level: Development and Validation of CVSCALE *Journal of International Consumer Marketing* (in print)

Xu, Y, A. Gutierrez, & SH. Kim. Adaptation and Transformation Through (Un)Learning: Lived experiences of Immigrant Chinese Nurses in US Healthcare Environment. *Advances in Nursing Science*, 2008. 31 (2): p. E33-E47.

Zeytinoglu, I. V., M. Denton, S. Davies, A. Baumann, J. Blithe & L. Boos. (2007). «Deteriorated External Work Environment, Heavy Workload and Nurse's Job Satisfaction and Turnover Intention». *Canadian Public Policy/Analyses de Politiques* 33 (1): S31-S47.

Zhou, Y Windsor, C. Coyer, F. & Theobald, K. Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing Inquiry* 2010; 17: 186–196

## 12. Annexes

### 12.1 Annexe I

**Tableau III : Nombre de cohortes et nombre d’infirmières DHQ par année, 2011-2012, et nombre d’infirmières et proportion des DHQ complétant le programme d’*Intégration*, approximatif, basé sur les trois dernières années, par cégep**

Cégep offrant la formation	Vieux-Montréal	John Abbott	Édouard-Montpetit	Limoilou	Granby <sup>26</sup>	Sherbrooke <sup>27</sup>
<b>Nombre de cohortes, 2011-2012</b>	5	3	3	2	1	1
<b>Total des infirmières DHQ, 01/2011 - 01/2012</b>	106	86	116	57	0	14
<b>Nombre d’infirmières DHQ par cohorte (basé sur les trois dernières années)</b>	17-30	25	35-40	28-29	15	10-15
<b>Proportion des DHQ réussissant le programme (abandon et échecs combinés, approximatif)</b>	58%	65%	50-65%	65-80%	N/D	75-80%
<b>Proportion des DHQ par cohorte en reprise de formation suite à un ou des échecs (2011-2012, approximatif)</b>	35%	40%	40%	40%	N/D	ND

<sup>26</sup> Le cégep de Granby a suspendu son programme d’Intégration en octobre 2012. La possibilité d’une reprise du cours est en discussion.

<sup>27</sup> Les infirmières DHQ inscrites aux programmes du cégep Édouard-Montpetit et de Sherbrooke sont intégrées dans les cours réguliers de soins infirmiers lors de prescriptions de modules de formation complémentaires.

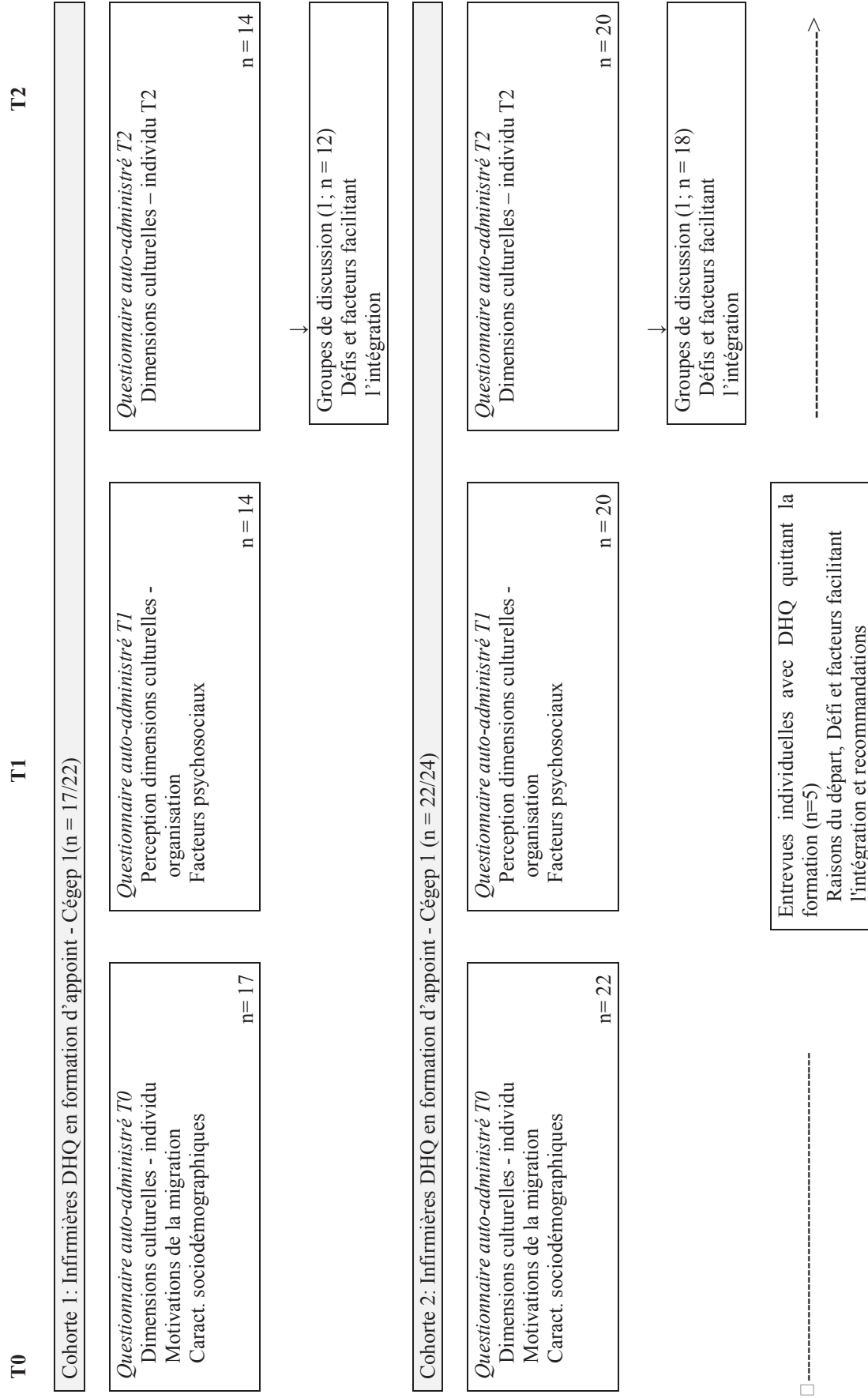
## 12.2 Annexe II

**Tableau V : Tableau des facteurs d'inclusion, recension des écrits - intégration des infirmières formées à l'étranger**

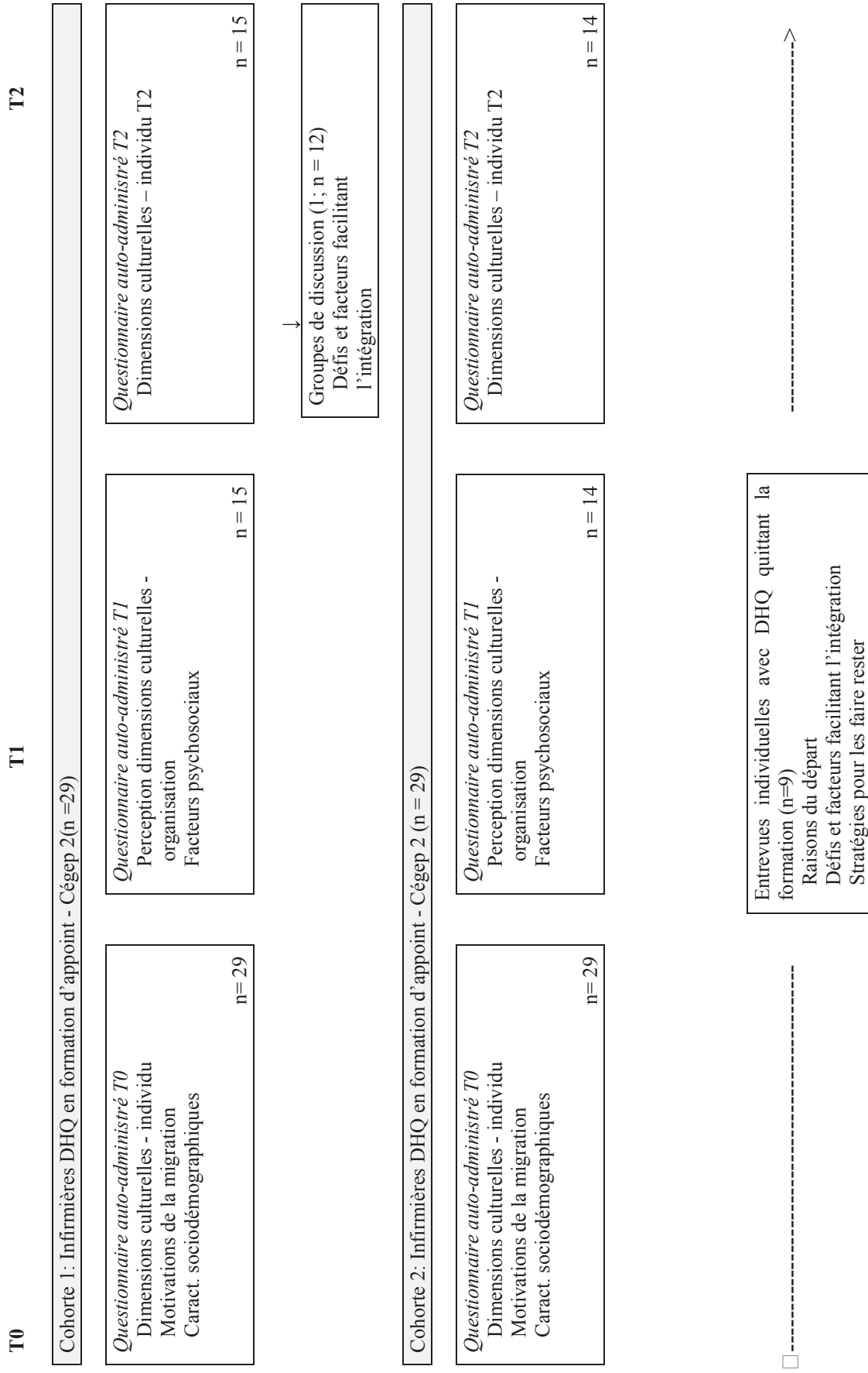
<b>Articles included</b>	<b>All articles which relates to retention or integration of IENs</b>
<b>Type of publication</b>	Peer-reviewed journals, reports, phd and master's thesis
<b>Language</b>	All articles in french, english and spanish
<b>Study period</b>	1990-2013
<b>Study design</b>	Qualitative, quantitative ou mixted methods

### 12.3 Annexe III

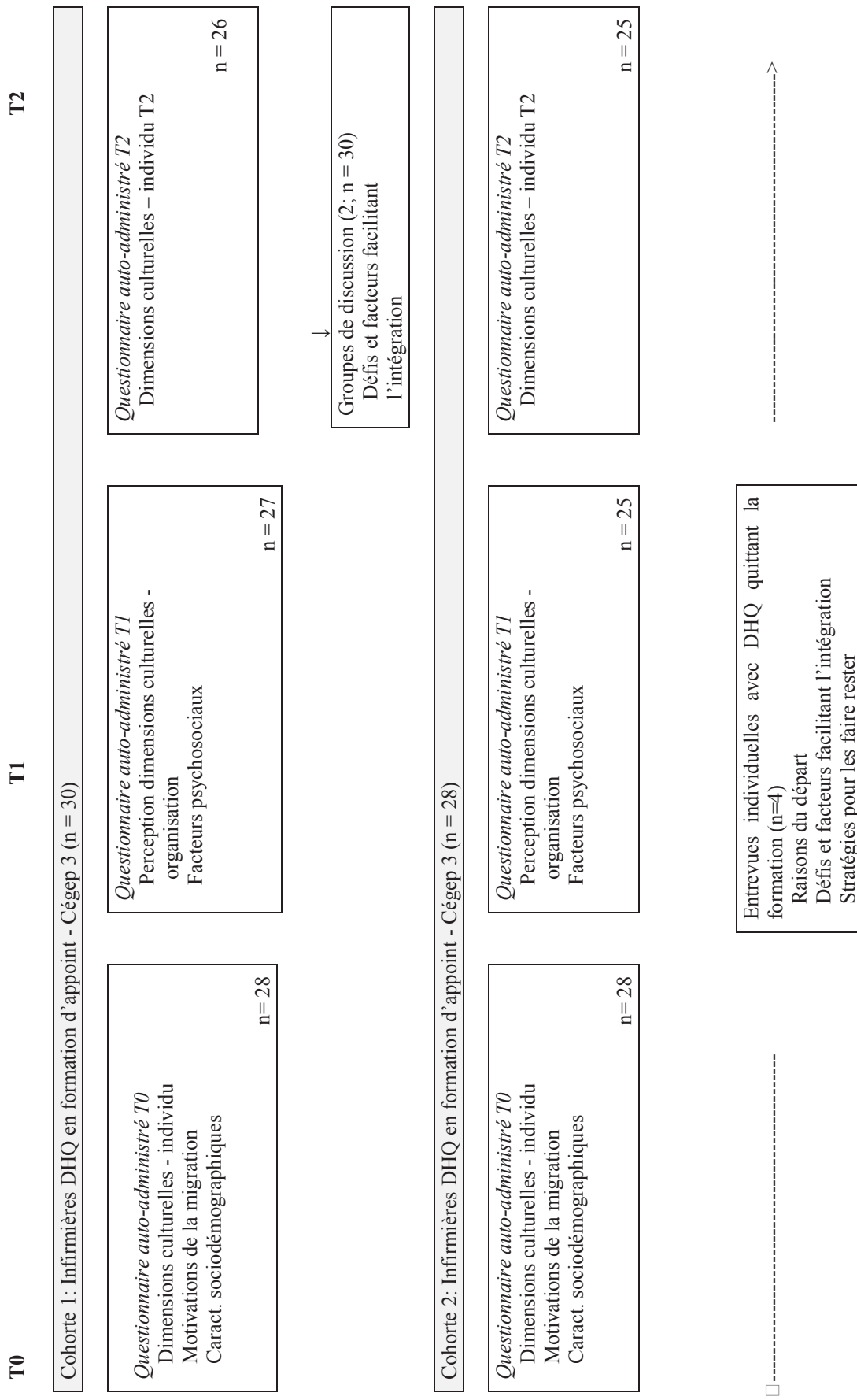
**Figure XI : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 1**



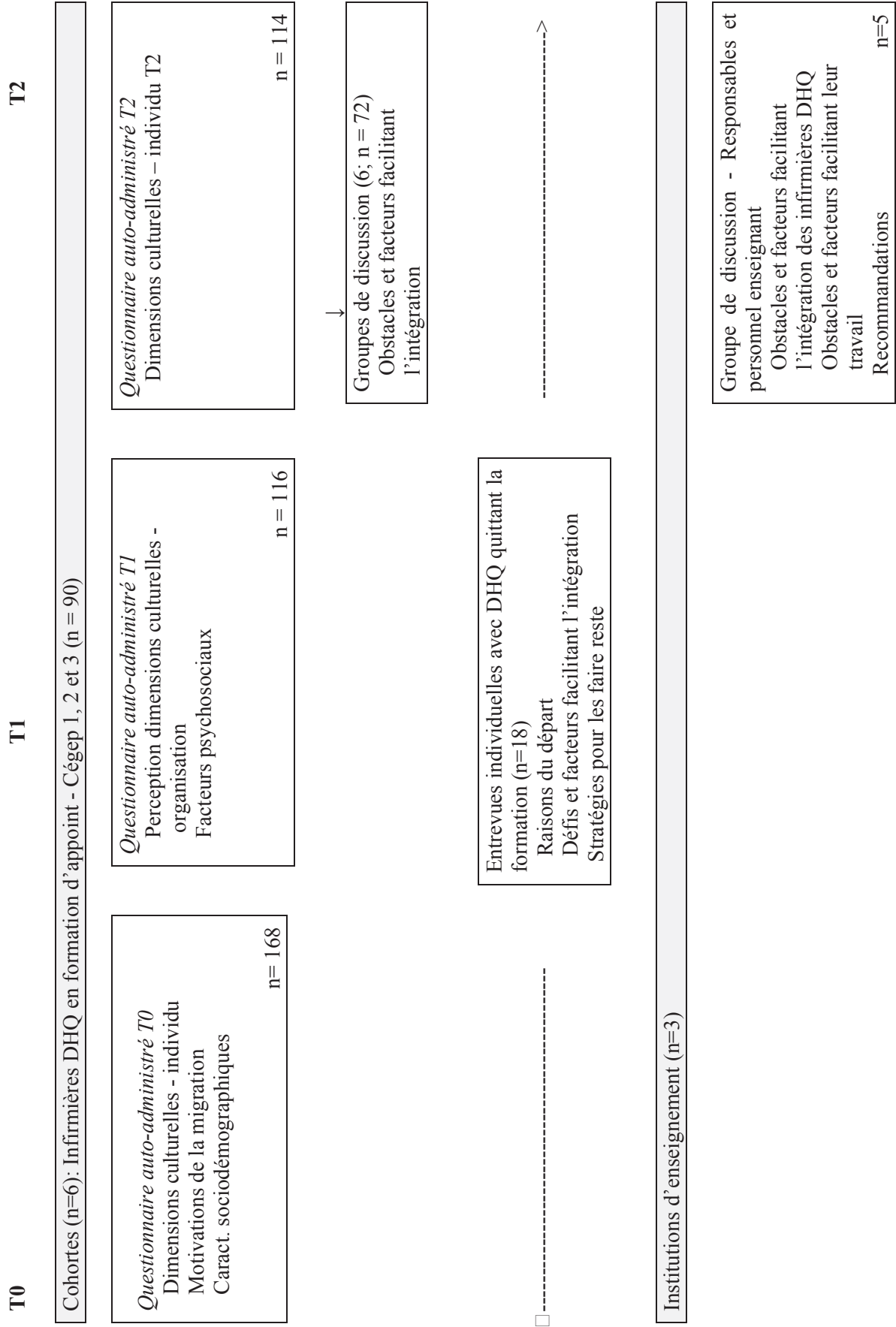
**Figure XII : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 2**



**Figure XIII : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Cégep 3**



**Figure XIV : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase I- Cégeps - Vue globale de la collecte**



## 12.4 Annexe 4

### Questionnaires auto-administrés - Phase I- Cégeps (français et anglais)



# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec - T0

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1 Lieu de la formation  Cégep du Vieux-Montréal (1)  
 John Abbott College (2)  
 Cégep Édouard-Montpetit (3)
- 0.2 Mois/année du début de la formation \_\_\_\_\_
- 0.3 Numéro d'identification du participant
- 0.4 Date du passage du questionnaire  Jour  Mois 20  Année
- 0.5 Version du questionnaire (langue) :  
 Anglais (1) |  Français (2)

## SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1.1	En quelle année êtes-vous né(e)? (Inscrivez la date ou cochez la case appropriée.)	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Ne sait pas (97) <input type="checkbox"/> Refuse de répondre (98)

1.2	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme (1) <input type="checkbox"/> Femme (2)
-----	------	--

1.3	Dans quel pays êtes-vous né (e)?	
	(Écrire le nom du pays)	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Ne sait pas (97) <input type="checkbox"/> Refuse de répondre (98)

1.4	<b>Excluant votre pays d'origine</b> , nommez chacun des pays où vous avez vécu six mois ou plus en commençant par le dernier pays avant votre arrivée au Canada?	
	(Écrire le nom des pays)	a) <input type="text"/> b) <input type="text"/> c) <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> Aucun (97) <input type="checkbox"/> Refuse de répondre (98)

**1.5** À quelle religion vous identifiez-vous?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Catholique (1)          |
| <input type="checkbox"/> | Protestant (2)          |
| <input type="checkbox"/> | Musulman (3)            |
| <input type="checkbox"/> | Juif (4)                |
| <input type="checkbox"/> | Bouddhiste (5)          |
| <input type="checkbox"/> | Athée (6)               |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.6** Vous considérez-vous comme pratiquant?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)                 |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.7** Quel est votre état civil?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Célibataire (1)             |
| <input type="checkbox"/> | Marié (2)                   |
| <input type="checkbox"/> | Vivant avec un conjoint (3) |
| <input type="checkbox"/> | Séparé, divorcé (4)         |
| <input type="checkbox"/> | Veuf ou veuve (5)           |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)            |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)     |

**1.8a** Avez-vous des enfants?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1) → 1.8 b         |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.8b** Quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

**1.9** Occupez-vous un emploi à temps plein ou à temps partiel de plus de 15 heures par semaine en parallèle à votre formation d'appoint en sciences infirmières?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)                 |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.10** Quelle est votre langue maternelle? \_\_\_\_\_

**1.11** Quelles autres langues maîtrisez-vous? Pour chacune de vos réponses, indiquez votre niveau de maîtrise de la langue, où 5 représente une maîtrise parfaite et 1 une connaissance de base de la langue.

Langue	Parlée	Écrite	Lue
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**1.12** Quel est le plus haut niveau d'études en lien avec la **profession infirmière** que vous avez terminé **avant de venir au Canada**?

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- Diplôme d'études collégiales (1)
  - Baccalauréat (2)
  - Études supérieures (maîtrise, doctorat) (3)
  - Autre, préciser (4) \_\_\_\_\_
  - Ne sait pas (97)
  - Refuse de répondre (98)

**1.13** Dans quel pays avez-vous obtenu vos diplômes en lien avec la profession infirmière?

- (Écrire le nom du pays)
- a \_\_\_\_\_
  - b \_\_\_\_\_
  - Ne sait pas (97)
  - Refuse de répondre (98)

**1.14** Considérez-vous que votre formation antérieure vous a bien préparé à la pratique infirmière au Québec?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)                 |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.15** Combien d'années d'expérience de travail possédez-vous en tant qu'infirmière à l'extérieur du Québec? Veuillez indiquer votre réponse par pays :

Pays 1 : \_\_\_\_\_

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans(2)        |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

Pays 2 : \_\_\_\_\_

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans(2)        |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

Pays 3 : \_\_\_\_\_

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans(2)        |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.16** Suite à votre formation d'appoint, combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière au Québec?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Plus d'un an mais moins de trois ans (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3) |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                             |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                      |

## SECTION 2 : CONTEXTE DE LA MIGRATION

**2.1** En quelle année avez-vous immigré pour la première fois au Québec?

\_\_\_\_\_

**2.2** Vous avez immigré au Québec...

(Lire toutes les options, et cocher la ou les case(s) appropriée(s).)

- |                          |                                |       |
|--------------------------|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Seul (1)                       | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Avec votre époux ou épouse (2) | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Avec vos enfants (3)           | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Avec vos parents (4)           | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Avec un ou des amis (5)        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Autre, préciser (6)            | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)        | _____ |

**2.3** Quel était votre statut lors de votre immigration?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |   |       |
|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | Migrant économique ou professionnel (1) | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Travailleur temporaire (2)              | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Étudiant étranger (3)                   | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Parrainage (4)                          | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Réfugié ou migrant humanitaire (5)      | _____ |
| <input type="checkbox"/> | S. O. (96)                              | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                 | _____ |

**2.4** Qu'est-ce qui vous a motivé à immigrer au Québec? Veuillez dans un premier temps faire une liste de chacune des raisons ayant motivé votre décision de migrer, avant de donner un ordre de priorité à chacune de vos motivations, où 1 représente la raison la plus importante pour vous?

**Priorité**

**Motivation de la migration**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**2.5** Avez-vous la responsabilité d'envoyer une partie de votre salaire à des membres de votre famille restés dans votre pays d'origine? Si oui, cet engagement représente quelle proportion de vos revenus?

(Lire toutes les options, et cocher la ou les case(s) appropriée(s).)	<input type="checkbox"/>	Oui (1)
	<input type="checkbox"/>	Non (2)
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)
	<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)
	Proportion de vos revenus : _____	

**2.6** En vous basant sur vos perception, jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?  
(Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	S.O	Refuse de répondre
a. Vous avez réussi à vous adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous avez réussi à vous adapter de manière satisfaisante au contexte professionnel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Votre conjoint a réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Votre conjoint a réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte professionnel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vos enfants ont réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vos enfants ont réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte éducatif du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 3 : PERCEPTION DE SES VALEURS PAR LE PARTICIPANT

3.1 Jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants? (Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)						
	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a. La résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dans une organisation, les individus ayant une position subalterne ne devraient pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les règles et règlements sont importants parce qu'ils nous informent de ce qu'il est attendu de nous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Il m'est important d'avoir des instructions détaillées pour que je sache en tout temps ce que l'on attend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir ne devraient pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. La stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Les individus devraient sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dans une organisation, les tâches importantes ne devraient pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Au travail comme dans la vie de tous les jours, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Les individus devaient rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 3.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
p. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Avoir des instructions pour guider l'action est important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient décider de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. La réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussiront toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. La loyauté face au groupe devrait être encouragée même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Il est important de gérer son argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Les individus ne devraient tenter d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec – T1

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1** Lieu de la formation       Cégep du Vieux-Montréal (1)  
 John Abbott College (2)  
 Cégep Édouard-Montpetit (3)
- 0.2** Mois/année du début de l'emploi \_\_\_\_\_
- 0.3** Numéro d'identification du participant
- 0.4** Date du passage du questionnaire  Jour     Mois     ée
- 0.5** Version du questionnaire (langue) :
- | Anglais (1)                      |     | Français (2)

## SECTION 1 : PERCEPTION DES VALEURS DE L'ORGANISATION

- 1.1** Sur certains points, les valeurs de l'organisation peuvent différer des valeurs de l'individu. Jusqu'à quel point les énoncés suivants correspondent-ils à ce que vous avez observé dans le cadre de votre stage pratique dans les établissements de santé au Québec?  
(Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a. Dans les établissements de santé au Québec, la résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dans les établissements de santé au Québec, les individus ayant une position subalterne ne doivent pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dans les établissements de santé au Québec, le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dans les établissements de santé au Québec, il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 1.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
e. Dans les établissements de santé au Québec, les règles et règlements sont importants parce qu'ils informent les employés de ce qu'il est attendu d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dans les établissements de santé au Québec, il est important d'avoir des instructions détaillées pour que les employés sachent en tout temps ce que l'on attend d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dans les établissements de santé au Québec, les individus en position de pouvoir ne doivent pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Dans les établissements de santé au Québec, les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont perçues comme utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dans les établissements de santé au Québec, la stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Dans les établissements de santé au Québec, les individus doivent sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dans les établissements de santé au Québec, les tâches importantes ne doivent pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Dans les établissements de santé au Québec, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dans les établissements de santé au Québec, les individus doivent rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Dans les établissements de santé au Québec, les individus en position de pouvoir doivent éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 1.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
q. Dans les établissements de santé au Québec, avoir des instructions pour guider l'action est important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Dans les établissements de santé au Québec, il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir doivent décider de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Dans les établissements de santé au Québec, la réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Dans les établissements de santé au Québec, il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussissent toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Dans les établissements de santé au Québec, la loyauté face au groupe doit être encouragée même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de gérer l'argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Dans les établissements de santé au Québec, les individus ne doivent tenter d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.2** Suite à votre stage pratique, votre perception de la pratique infirmière au Québec peut avoir changée. À la lumière de votre expérience, combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière au Québec suite à votre formation d'appoint?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

<input type="checkbox"/>	Moins d'un an (1)
<input type="checkbox"/>	Plus d'un an mais moins de trois ans (2)
<input type="checkbox"/>	Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3)
<input type="checkbox"/>	Plus de cinq ans (4)
<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)
<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)

# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec – T2

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1** Lieu de la formation  Cégep du Vieux-Montréal (1)  
 John Abbott College (2)  
 Cégep Édouard-Montpetit (3)
- 0.2** Mois/année du début de l'emploi \_\_\_\_\_
- 0.3** Numéro d'identification du participant
- 0.4** Date du passage du questionnaire  Jour  Mois  2  0  ée
- 0.5** Version du questionnaire (langue) :  
 | Anglais (1) |  | Français (2)

## SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI ACTUEL

**1.1** Dans quel établissement avez-vous réalisé votre stage pratique? Dans quel type d'unité?

---

---

---

**1.2a** Suite à votre stage pratique, avez-vous constaté que vous devrez faire certains changements au niveau de vos comportements ou vos pratiques au travail durant par rapport à ce que vous auriez fait dans votre pays ?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout (1)         |
| <input type="checkbox"/> | Un peu (2)              |
| <input type="checkbox"/> | Modérément (3)          |
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup (4)            |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.2b** Comment ces changements se traduisent-ils ?

---

---

---

---

---

**1.3** Votre formation d'appoint étant presque terminée, à ce stade-ci combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière **au Québec**?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Plus d'un an mais moins de trois ans (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3) |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                             |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                      |

## SECTION 2 : PERCEPTION DE SES VALEURS PAR LE PARTICIPANT

2.1 Jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants? (Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)		Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désac- cord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a.	La résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Dans une organisation, les individus ayant une position subalterne ne devraient pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Les règles et règlements sont importants parce qu'ils nous informent de ce qu'il est attendu de nous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Il m'est important d'avoir des instructions détaillées pour que je sache en tout temps ce que l'on attend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Dans une organisation, les individus en position de pouvoir ne devraient pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	La stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Les individus devraient sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Dans une organisation, les tâches importantes ne devraient pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Au travail comme dans la vie de tous les jours, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Les individus devaient rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 2.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
p. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Avoir des instructions pour guider l'action est important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient décider de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. La réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussiront toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. La loyauté face au groupe devrait être encouragée même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Il est important de gérer son argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Les individus ne devraient tenter d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 3 : RÉINSTALLATION, STRESS, ESTIME DE SOI ET SOUTIEN SOCIAL

**3.1** Veuillez me dire à quelle fréquence les diverses formes de soutien social suivantes vous sont accessibles au Canada?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

	Jamais	Rare-ment	La plupart du temps	Souvent	S. O.	Ne sait pas	Refuse de répondre
a. Quelqu'un à qui vous confier, parler de vos problèmes ou de sujets intimes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Quelqu'un sur qui vous pouvez compter quand vous en avez besoin? (Ex. vous conduire à vos rendez-vous, ou vous aider pour les courses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Quelqu'un qui peut vous donner un avis ou de l'information?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Quelqu'un à qui vous pouvez emprunter de l'argent en cas d'urgence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2** Pensez à la quantité de stress que vous vivez. Comment qualifieriez-vous la plupart de vos journées?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- Pas du tout stressantes (1)
- Pas très stressantes (2)
- Un peu stressantes (3)
- Très stressantes (4)
- Extrêmement stressantes (5)
- Ne sait pas (97)
- Refuse de répondre (98)

**3.3** Pensez aux gens que vous côtoyez à l'extérieur de votre lieu de travail. En général diriez-vous que ces personnes sont...

(Lire toutes les options, et cocher la ou les case(s) appropriée(s).)

- Presque tous membres de la même communauté culturelle que la vôtre (1)
- En majorité membres de la même communauté culturelle que la vôtre (2)
- De plusieurs communautés culturelles (3)
- En majorité originaires du Québec (4)
- Presque toutes originaires du Québec (5)
- Refuse de répondre (98)



**3.4** Aimeriez-vous que vos contacts avec les personnes originaires du Québec soient ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup plus fréquents (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Légèrement plus fréquents (2)                          |
| <input type="checkbox"/> | Statu quo : restent comme ils le sont actuellement (3) |
| <input type="checkbox"/> | Légèrement moins fréquents (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup moins fréquents (5)                           |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                                |

**3.5** Pensez aux relations que vous entretenez avec vos collègues de travail. Considérez-vous la qualité et la fréquence de celles-ci comme ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfaisantes (1)          |
| <input type="checkbox"/> | Satisfaisantes (2)               |
| <input type="checkbox"/> | Plus ou moins satisfaisantes (3) |
| <input type="checkbox"/> | Insatisfaisantes (4)             |
| <input type="checkbox"/> | Très insatisfaisantes (5)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)          |

**3.6** Pensez aux relations que vous entretenez avec vos gestionnaires au travail. Considérez-vous la qualité et la fréquence de celles-ci comme ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfaisantes (1)          |
| <input type="checkbox"/> | Satisfaisantes (2)               |
| <input type="checkbox"/> | Plus ou moins satisfaisantes (3) |
| <input type="checkbox"/> | Insatisfaisantes (4)             |
| <input type="checkbox"/> | Très insatisfaisantes (5)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)          |

**3.7** À l'extérieur du travail, dans quelle mesure avez-vous été confronté (e) à des comportements discriminatoires à votre égard?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jamais (1)              |
| <input type="checkbox"/> | Parfois (2)             |
| <input type="checkbox"/> | Souvent (3)             |
| <input type="checkbox"/> | Très souvent (4)        |
| <input type="checkbox"/> | Toujours (5)            |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**3.8a** Dans votre milieu de travail, dans quelle mesure avez-vous été confronté(e) à des comportements discriminatoires à votre égard de la part de....  
(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

	Jamais	Rarement	La plupart du temps	Souvent	S. O.	Ne sait pas	Refuse de répondre
e. Collègues de travail - infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Collègues de travail- autres professions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Chefs d'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gestionnaires – intermédiaires et hauts dirigeants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Famille des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.8b** Comment ces comportements discriminatoires se traduisent-ils...

---



---



---



---



---



---

**3.9a** Comment, dans l'ensemble, décririez-vous votre expérience dans le programme d'Intégration?

---



---



---



---



---



---

**3.9b** Avez-vous eu à faire face à certains obstacles ou difficultés lors de votre formation? Si oui, lesquels?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.9c** Avez-vous eu à faire face à certains obstacles ou difficultés lors de votre stage? Si oui, lesquels?

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.9d** Comment avez-vous réussi à gérer ces difficultés ou obstacles (stage et formation)?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Factors explaining the retention of foreign-educated nurses in Quebec - T0

## SECTION 0: Background

1. Education/Training
  - Cégep du Vieux-Montréal (1)
  - John Abbott College (2)
  - Cégep Édouard-Montpetit (3)
  
2. Month/Year Education Started \_\_\_\_\_
  
3. Identification Number of Participant
  
4. Date Questionnaire Administered   Month   Day     Year
  
5. Language of Questionnaire :
  - English (1)
  - French(2)

## SECTION 1 : Sociodemographic Information

<p><b>1.1</b> Year of Birth? (Write the date <b>or</b> check the appropriate box below)</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> I do not know (97) <input type="checkbox"/> Decline to answer (98)
---	---

<p><b>1.2</b> Sex</p>	<input type="checkbox"/> Male (1) <input type="checkbox"/> Female (2)
-----------------------	--

<p><b>1.3</b> In what country were you born?</p>	
<p>(Write the name of country <b>or</b> check the appropriate box)</p>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> I do not know (97) <input type="checkbox"/> Decline to answer (98)

<p><b>1.4</b> Excluding your birth country, name every country in which you lived <b>for six months or more</b>, starting with the <b>last</b> country before you moved to Canada?</p>											
<p>(Write the name of country(s))</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">a)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">b)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">c)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> I do not know (97)           </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Decline to answer (98)           </td> </tr> </table>	a)		b)		c)		<input type="checkbox"/> I do not know (97)		<input type="checkbox"/> Decline to answer (98)	
a)											
b)											
c)											
<input type="checkbox"/> I do not know (97)											
<input type="checkbox"/> Decline to answer (98)											

**1.5** What is your religion (even if you are not currently practicing)?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Catholic (1)
<input type="checkbox"/>	Protestant (2)
<input type="checkbox"/>	Muslim (3)
<input type="checkbox"/>	Jewish (4)
<input type="checkbox"/>	Atheist (6)
<input type="checkbox"/>	Other: please specify(7)
<input type="checkbox"/>	Decline to Answer (98)

**1.6** Are you currently practicing your religion?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Yes (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)
<input type="checkbox"/>	Decline to Answer (98)

**1.7** What is your marital status?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Single (1)
<input type="checkbox"/>	Married (2)
<input type="checkbox"/>	Living with a significant other (3)
<input type="checkbox"/>	Separated/Divorced (4)
<input type="checkbox"/>	Widow/Widower (5)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.8a** Do you have children?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	yes(1) → answer question <b>1.8 b</b>
<input type="checkbox"/>	No (2)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.8b** How old are your children? \_\_\_\_\_

**1.9** Are you working Full-Time or Part-Time (more than 15 hours per week) while pursuing your nursing degree?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Yes(1)
<input type="checkbox"/>	No (2)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.10** What is your native language? \_\_\_\_\_

**1.12** What other languages do you know? For each language, indicate your level of proficiency, where 5 represents native proficiency and 1 represents a basic knowledge of the language.

Language	Speak	Write	Read
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**1.12** What is the highest level of education that you **completed** before coming to Québec?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	College degree or French Bachelors degree (1)
<input type="checkbox"/>	Bachelors (2)
<input type="checkbox"/>	Graduate Studies (Masters; Doctorate) (3)
<input type="checkbox"/>	Other, please describe (4)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer(98)

**1.13** In which countries did you receive your degrees related to the nursing profession?

(Write the name of the country)

a	_____
b	_____
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.14** Do you believe that your foreign education prepared you for nursing practice in Quebec?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Yes (1)
<input type="checkbox"/>	No (2)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.15** How many years of experience do you have working as a nurse outside of Québec?  
Please indicate the time period for **every** country.

Country 1 : \_\_\_\_\_

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Less than one year (1)
<input type="checkbox"/>	One to two years (2)
<input type="checkbox"/>	Three to four years (3)
<input type="checkbox"/>	More than five years (4)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

Country 2 : \_\_\_\_\_

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Less than one year (1)
<input type="checkbox"/>	One to two years (2)
<input type="checkbox"/>	Three to four years (3)
<input type="checkbox"/>	More than five years (4)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

Country 3 : \_\_\_\_\_

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Less than one year (1)
<input type="checkbox"/>	One to two years (2)
<input type="checkbox"/>	Three to four years (3)
<input type="checkbox"/>	More than five years (4)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)

**1.16** Following your retraining, what is the **total** amount of time you are expecting to work as nurse in Quebec?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Less than one year (1)
<input type="checkbox"/>	One to two years (2)
<input type="checkbox"/>	Three to four years (3)
<input type="checkbox"/>	More than five years (4)
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)



## SECTION 2 : Immigration Details

2.1 In what year did you immigrate to Quebec for the first time? \_\_\_\_\_

2.2 You immigrated to Quebec...

(Read all of the option and check the correct box)

- Alone (1)
- With your husband or wife (2)
- With your children (3)
- With your parents (4)
- With a friend (5)
- Other, please describe (6)
- I do not know (97)
- Decline to answer (98)

2.3 What was your legal status following your immigration to Québec?

(Read all of the option and check the correct box)

- Professional or economical migrant (1)
- Temporary Worker (2)
- Exchange Student/Foreign Student (3)
- Dependant spouse (4)
- Refugee or political refugee (5)
- S. O. (96)
- I do not know (97)
- Decline to answer (98)

2.4 What motivated your decision to immigrate to Quebec? Please make a list of **every** reason that influenced your decision to come to Quebec. After completing the list, please rank each reason, with 1 representing the most important/influential reason.

**Importance Reason for immigrating**

Importance	Reason for immigrating
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**2.5** Do you send a portion of your salary to members of your family who live in your native country (or elsewhere)? If yes, this transfer represents what percentage of your total salary?

(Read all of the option and check the correct box)

<input type="checkbox"/>	Yes (1) (If Yes, indicate percentage below)	_____
<input type="checkbox"/>	No (2)	_____
<input type="checkbox"/>	I do not know (97)	_____
<input type="checkbox"/>	Decline to answer (98)	_____
		_____
		_____
	Percentage of your salary :	_____

**2.6** Based on your own perceptions/beliefs, to what degree do you agree or disagree with the following statements?  
(Read each statement then check the appropriate box for each statement)

	Strongly Agree	Agree	More or less agree	Disagree	Strong Disagree	Not Applicable	Decline to Answer
a. You have successfully adapted to the cultural environment in Quebec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. You have successfully adapted to the professional environment in Quebec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Your significant other/spouse has successfully adapted to the cultural environment in Quebec?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Your significant other/spouse have successfully adapted to the professional environment in Quebec..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Your children have successfully adapted to the cultural environment in Quebec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Your children have successfully adapted to the education system in Quebec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECTION 3: Personal Values

**3.1** Based on your own beliefs, to what degree do you agree or disagree with the following statements?  
(Read each statement then check the appropriate box for each statement)

	Strongly Agree	Agree	More or less agree	Disagree	Strongly Disagree	Decline to Answer
a. Resolving complex problems requires an active and energetic approach, typically characteristic of a man?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In an organization, subordinates should never contradict the decisions of their managers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. The well-being of the group is more important than a single individual's monetary compensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. It is more important for men to have a career than women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rules and regulations are important because they communicate what is expected of us.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. It is important to persevere in spite of obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. It is important to me to have detailed instructions so that I always understand what is expected of me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. In an organization, individuals in a position of power should not regularly ask for their subordinate's opinions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. It is important to work hard today in order to succeed tomorrow.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Standardized work procedures (published in an employee manual for example) are useful tools in the workplace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Stability and consistency are important qualities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Individuals should sacrifice their personal interests for those of the group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. In an organization, important tasks should never be delegated to lower ranking employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. At work as well in your daily life, long term planning is crucial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. People should remain loyal to the group, no matter the difficulties encountered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Strongly Agree	Agree	Neutral (More or less agree?)	Disagree?	Strong Disagree	Decline to Answer
p. In an organization, individuals in a position of power should avoid socializing with their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Having instructions to guide your actions is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. It is better to sacrifice gratification today in order to succeed in the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. In an organization, individuals in a position of power should make the majority of decisions without consulting their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Group success is more important than individual success.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. It is important to follow instructions and procedures exactly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. There are certain jobs where men will always perform better than women, and others where women will always perform better than men.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Loyalty to the group should always be encouraged even if it means certain individuals suffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Frugal money management is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Individuals should not try to pursue their personal objectives until the well-being of the group has been considered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Factors explaining the retention of foreign-educated nurses in Quebec – T1-T2

## SECTION 0: Background

- 0.1 Training facility  Cégep du Vieux Montreal(1)  
 Cégep Edouard-Montpetit (2)  
 College John Abbott (3)
- 0.2 Month/Year Education Started \_\_\_\_\_
- 0.3 Identification Number of Participant
- 0.4 Date of Questionnaire Mon
- 0.5 Language of Questionnaire :  
 English (1)  French(2)

## SECTION 1: PERCEIVED ORGANIZATIONAL VALUES

1.1 On certain points, the values of the organization might differ from an individual's values. To what extent do the following statements correspond to what you observed in Quebec's health organizations? (Read each statement then check the appropriate box for each statement)		Strongly Agree	Agree	More or less agree	Disagree	Strongly Disagree	Decline to Answer
a.	Resolving complex problems requires an active and energetic approach, typically characteristic of a man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	In an organization, subordinates should never contradict the decisions of their managers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	The well-being of the group is more important than a single individual's monetary compensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	It is more important for men to have a career than women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Rules and regulations are important because they communicate what is expected of us.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	It is important to persevere in spite of obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	It is important to me to have detailed instructions so that I always understand what is expected of me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	In an organization, individuals in a position of power should not regularly ask for their subordinate's opinions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Strongly Agree	Agree	More or less agree	Disagree	Strongly Disagree	Decline to Answer
i. It is important to work hard today in order to succeed tomorrow.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Standardized work procedures (published in an employee manual for example) are useful tools in the workplace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Stability and consistency are important qualities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Individuals should sacrifice their personal interests for those of the group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. In an organization, important tasks should never be delegated to lower ranking employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. At work as well in your daily life, long term planning is crucial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. People should remain loyal to the group, no matter the difficulties encountered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. In an organization, individuals in a position of power should avoid socializing with their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Having instructions to guide your actions is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. It is better to sacrifice gratification today in order to succeed in the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. In an organization, individuals in a position of power should make the majority of decisions without consulting their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Group success is more important than individual success.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. It is important to follow instructions and procedures exactly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. There are certain jobs where men will always perform better than women, and others where women will always perform better than men.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Loyalty to the group should always be encouraged even if it means certain individuals suffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Frugal money management is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Individuals should not try to pursue their personal objectives until the well-being of the group has been considered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.2a** Did you notice that you altered your behaviour or nursing practices at work with respect to what you would have done in your native country?

(Read all of the option and check the correct box)

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Not at all (1)         |
| <input type="checkbox"/> | A little (2)           |
| <input type="checkbox"/> | Moderately (3)         |
| <input type="checkbox"/> | Very much (4)          |
| <input type="checkbox"/> | I do not know (97)     |
| <input type="checkbox"/> | Decline to answer (98) |

**1.2b** If it is the case, please list any changes you noticed and how they affected your nursing practice.

---

---

---

---

---

---

**1.3** Following the completion of this course, how long do you believe you will practice as a nurse in **Quebec**?

(Read each statement then check the appropriate box)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Less than one year (1)   |
| <input type="checkbox"/> | One to two years (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Three to four years (3)  |
| <input type="checkbox"/> | More than five years (4) |
| <input type="checkbox"/> | I do not know (97)       |
| <input type="checkbox"/> | Decline to answer (98)   |

## SECTION 2 : PERSONAL VALUES

**2.1** Based on your own beliefs, to what degree do you agree or disagree with the following statements?  
(Read each statement then check the appropriate box for each statement)

	Strongly Agree	Agree	More or less agree	Disagree	Strongly Disagree	Decline to Answer
a. Resolving complex problems requires an active and energetic approach, typically characteristic of a man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In an organization, subordinates should never contradict the decisions of their managers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. The well-being of the group is more important than a single individual's benefits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. It is more important for men to have a career than women	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rules and regulations are important because they communicate what is expected of us.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. It is important to persevere in spite of obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. It is important to me to have detailed instructions so that I always understand what is expected of me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. In an organization, individuals in a position of power should not regularly ask for their subordinate's opinions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. It is important to work hard today in order to succeed tomorrow.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Standardized work procedures (published in an employee manual for example) are useful tools in the workplace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Stability and consistency are important qualities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Individuals should sacrifice their personal interests for those of the group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. In an organization, important tasks should never be delegated to lower ranking employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. At work as well in your daily life, long term planning is crucial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. People should remain loyal to the group, no matter the difficulties encountered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Strongly Agree	Agree	Neutral (More or less agree?)	Disagree?	Strong Disagree	Decline to Answer
p. In an organization, individuals in a position of power should avoid socializing with their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Having instructions to guide your actions is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. It is better to sacrifice gratification today in order to succeed in the future.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. In an organization, individuals in a position of power should make the majority of decisions without consulting their subordinates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Group success is more important than individual success.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. It is important to follow instructions and procedures exactly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. There are certain jobs where men will always perform better than women, while there are other jobs where women will always perform better than men.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Loyalty to the group should always be encouraged even if it means certain individuals suffer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Frugal money management is important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Individuals should not try to pursue their personal objectives until the well-being of the group has been considered.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 3 : STRESS, SELF-ESTEEM AND SOCIAL SUPPORT

**3.1** How frequently are the following forms of social support available to you in Canada?  
(Read all of the option and check the correct box)

	Never	Rarely	Most of the time	Often	Not Applicable?	I don't know	Decline to answer
a. Someone you can talk to about your problems and personal life – a confidant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Someone you can count on when you need help (for example, someone to drive you to a meeting, or help you with grocery shopping)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Someone who can give you advice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Someone who can lend you money during an emergency.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2** Think of the level of stress in your life. How would you describe most of your days?

- (Read all of the option and check the correct box)
- Not stressful (1)
  - Not very stressful (2)
  - A little stressful (3)
  - Very stressful (4)
  - Extremely stressful (5)
  - I do not know (97)
  - Decline to answer (98)

**3.3** Think about the people with whom you socialize outside of school. In general, would you say these people are..... (check this question)

- (Read all of the option and check the correct box)
- Almost all members of the same cultural group as you (1)
  - Mostly members of the same cultural group as you (2)
  - Mostly from Quebec originally (3)
  - Almost all from Quebec originally (4)
  - Decline to answer(98)

**3.4** Would you like your interactions with people originally from Quebec to be...

- (Read all of the option and check the correct box)
- Much more frequent (1)
  - A little more frequent (2)
  - Remain the same (3)
  - A little less frequent (4)
  - Much less frequent (5)
  - Decline to answer (98)

**3.5** Think about your interactions with your student colleagues. Do you think the quality and frequency of these relationships are.....

(Read all of the option and check the correct box)

- Very satisfying (1)
- Satisfying (2)
- More or less satisfying (3)
- Unsatisfying (4)
- Very unsatisfying (5)
- Decline to answer (98)

**3.6** Outside of school, to what extent have you experienced discriminatory actions directed at yourself?

(Read all of the option and check the correct box)

- Never (1)
- Sometimes (2)
- Often (3)
- Very often (4)
- Always (5)
- Decline to answer (98)

**3.7a** In your classroom or during your internship, to what extent have you experienced discriminatory actions directed at yourself?

(Read all of the option and check the correct box)

	Never	Rarely	Most of the time	Often	Not applicable	I do not know	Decline to answer
e. Costudents -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Teachers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Program coordinators	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Coworkers – nurse (during internship)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Unit managers (during internship)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Patients (during internship)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Family of patients (during internship)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.7b** Please describe those discriminatory behaviours.

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.8a** How would you describe your experience in your integration program?

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.8b** What obstacles did you encounter during the training portion of your integration program?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.8c** What obstacles did you encounter during the internship portion of the retraining program?

---

---

---

---

---

---

---

**3.8d** How did you manage to get through these obstacles (program and internship)?

---

---

---

---

---

---

---

**3.9** What would you recommend to the teachers to enhance the quality of the experience of the future students of the integration program?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 12.5 Annexe 5

### Hypothèses de recherche

En s'appuyant sur la recension de la littérature présentée précédemment, les hypothèses de recherche suivantes ont été formulées.

#### **12.5.1 Sous-objectif 1: Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la formation d'appoint**

*i Caractéristiques sociodémographiques* En se basant sur Berry (2006a et b), nous avançons les hypothèses que;

1. *Âge* Plus les infirmières DHQ sont âgées, plus elles ont une pratique figée, et plus leur probabilités d'échouer leur transition de pratique, et par conséquent leur programme de formation d'appoint, seront élevées;
2. *Sexe* Les infirmières DHQ de sexe masculin provenant de cultures où les inégalités entre hommes et femmes sont marquées auront tendance à avoir plus de difficulté à s'adapter aux valeurs infirmières locales, et ainsi auront des probabilités plus élevées d'échouer leur formation d'appoint;
3. *Statut civil* Les infirmières DHQ ayant migré avec leur famille auront des probabilités plus élevées d'échouer leur formation d'appoint si les membres de leurs familles éprouvent des difficultés à s'intégrer à la culture d'accueil;
4. *Religion* La pratique spirituelle permettant d'atténuer le stress d'acculturation, celle-ci devrait faciliter l'intégration des DHQ et ainsi augment leur probabilités de réussir leur formation d'appoint;

5. *Langue* La maîtrise de la langue de formation facilite l'adaptation et la transition de pratique, et devrait augmenter les probabilités que les infirmières DHQ réussissent en formation ou en emploi;
6. *Expérience antérieure* L'expérience antérieure des DHQ leur permettant de faire des liens avec la formation et le milieu de pratique du pays d'accueil, plus une infirmière DHQ a d'expérience de pratique des soins infirmiers, plus sa transition sera facilitée et plus elle aura de probabilités de réussir à la formation d'appoint.

*ii Valeurs* Les rôles et responsabilités, ainsi que la pratique infirmière, étant le reflet culturellement déterminés, nous avançons l'hypothèse que les valeurs culturelles des infirmières DHQ influenceront les probabilités de réussite de la formation d'appoint. Ainsi, nous avançons les hypothèses suivantes:

1. En ce qui concerne la dimension des valeurs de masculinité vs Féminité, plus les infirmières DHQ ont des tendances masculinistes, plus les probabilités d'échouer la formation d'appoint sont élevées.
2. En ce qui concerne la dimension des valeurs d'individualisme vs collectivisme, plus les infirmières DHQ ont des tendances individualistes, plus les probabilités d'échouer la formation d'appoint sont élevées.
3. En ce qui concerne la dimension des valeurs de l'évitement de l'incertitude, plus les infirmières DHQ ont des tendances faible à tolérer l'incertitude, plus les probabilités d'échouer la formation d'appoint sont élevées.
4. En ce qui concerne la dimension des valeurs d'orientation à long terme, plus les infirmières DHQ ont des tendances à être tournées vers le passé, plus les probabilités d'échouer la formation d'appoint sont élevées.

5. En ce qui concerne la dimension des valeurs de distance face au pouvoir, plus les infirmières DHQ ont des tendances hiérarchiques, plus les probabilités d'échouer la formation d'appoint sont élevées.

*iii Motivations de la migration* En se basant sur Allen et Larsen (2003), nous avançons les hypothèses que;

1. Les infirmières DHQ ayant immigré par des raisons économiques ou politiques, et qui par conséquent ont tendance à favoriser un maintien en formation ou en emploi;
2. Les infirmières DHQ dont l'immigration est motivée par un désir de développement de carrière et de pratique auront des probabilités plus élevées de réussir leur programme de formation d'appoint, de par le fait que cette formation répond à leurs attentes de développer leur pratique infirmière;
3. Les infirmières DHQ ayant immigré par désir d'aventure, de découverte d'un nouveau pays ou de voyage pensent l'immigration à court terme, et seront moins portées à persévérer face aux défis découlant de l'intégration professionnelle, et par conséquent auront de plus fortes probabilités d'échec à formation d'appoint.

### **12.5.2 Sous-objectif 2: Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la formation d'appoint**

Considérant l'importance de l'environnement de formation dans sur le processus de transition de pratique (Aderian 2010), nous avançons l'hypothèse que les différences dans la structure et les processus de formation des différents cégeps vont influencer les probabilités de réussite des infirmières DHQ en formation d'appoint.



### **12.5.3 Sous-objectif 3: Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la formation d'appoint**

Considérant l'importance de l'environnement externe dans sur le processus d'intégration (Berry 2006), nous avançons l'hypothèse que l'environnement politique, économique et légal québécois vont influencer les probabilités de réussite des infirmières DHQ en formation d'appoint.

### **12.5.4 Sous-objectif 4: Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent influencent la réussite de la formation d'appoint**

*i Facteurs psychosociaux* En se basant sur Berry (2006b), nous avançons les hypothèses que :

1. *Réseau social* : Plus le réseau social de infirmières DHQ est étendu et de qualité, plus l'intégration socioprofessionnelle de celles-ci est facilitée et plus leurs probabilités de réussite de la formation d'appoint sont élevées;
2. *Contacts interculturels* : Plus les contacts interculturels entre les infirmières DHQ et les membres de la société d'accueil (collègues de formation, infirmières des unités, personnel enseignant et responsables des programmes) sont fréquents et harmonieux, plus la transition de pratique est facilitée et plus les probabilités de réussir la formation d'appoint sont élevées;
3. *Stratégies de gestion du stress* : Plus les stratégies de gestion du stress des infirmières DHQ sont efficaces, plus leur transition de pratique est facilitée et plus les probabilités de réussite à la formation d'appoint sont élevées.

## 12.6 Annexe 6

**Tableau IX: Récapitulatif du moyen de collecte, la description des données, l'opérationnalisation des variables et les techniques d'analyses des données utilisées, par variable, par sous-objectif de recherche - Phase I- Cégeps**

Variable	Collecte des données	Description des données de collecte	Opérationnalisation de la variable	Analyse des données	
				Descriptive	Régression logistique
Échec	Liste fournie par cégeps	Noms des DHQ en échecs selon le groupe de formation	1= échec, 0 = succès Variable dichotomique *** Variable dépendante ***	X	X

**Sous-objectif 1 : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

### Caractéristiques sociodémographiques

Âge	T0, section 1, question 1.1	Année de naissance	Année du passage du questionnaire – Année de naissance Variable continue	X	X
Sexe	T0, section 1, question 1.2	Sexe	Variable dichotomique où 1 = homme, et 2 = femme	X	X
Langue	T0, section 0, question 0.5 T0, section 1, question 1.10 et 1.11	Langue parlée/écrite/lue et niveau de maîtrise de la langue	Niveau de maîtrise de la langue de formation (1 à 5) Lorsque celle-ci est la langue maternelle = 5; lorsque simplement écrit la langue, valide avec la qualité de la langue des questions ouvertes Variable dichotomique où : 1 = niveau de maîtrise de 3 et moins, et 0 = niveau de maîtrise de 4 et 5	X	X
Région d'origine	T0, section 1, question 1.3	Pays de naissance	Variable catégorielle où : 1= Autres; 2=Caraïbes; 3=Maghreb, 4=Asie	X	X
Statut civil	T0, section 1, question 1.7	Statut civil	Variable dichotomique où 1 = célibataire/veuve/séparée ou divorcée, et 0= marié ou conjoint de fait	X	X

<b>Enfants à charge</b>	T0, section 1, questions 1.8a et 1.8b	Enfants et âge des enfants à charge	Variable dichotomique où 1 = enfant(s) à charge, et 0= sans enfant à charge	X	X
-------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---	---	---

### Valeurs

<b>Valeurs individuelles</b>	Q0, section 3, questions 1a à 1y	Valeurs de l'individu	Adaptation du questionnaire de Yoo et al. (2010), qui reprend les cinq dimensions culturelles de Hofstede (2005) en les adaptant au niveau individuel <sup>28</sup> . Variable continue de 1 à 5 (agrégat) Distance pouvoir 3.1 b, h, m, s, p Évitement incertitude 3.1 e, g, j, q, u Collectivisme 3.1 c, l, o, t, w, y Orientation long terme 3.1 f, i, k, n, r, x Masculinité 3.1 a, d, v	X	X*
------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--	---	----

### Parcours migratoire

<b>Nombre d'années depuis la migration</b>	T0, section 2, question 2.1	Année de migration	Année du passage du questionnaire – Année de migration Variable continue	X	
<b>Expérience antérieure de migration</b>	T0, section 1, question 1.4	La DHQ a-t-elle déjà habité plus de 6 mois dans un pays autre que le sien et le Canada?	Variable dichotomique, où 1 = oui, et 0 = non	X	
<b>Contexte de la migration</b>	T0, section 2, question 2.2	Avec qui la DHQ a migré	Variable dichotomique où 1 = seule, et 0 = autres (accompagnée)	X	X
<b>Statut légal lors de la migration</b>	T0, section 2, question 2.3	Sous quel type de visa ou de permis la DHQ a migré	Variable catégorielle où : 1= migrant économique ou politique (résidence permanente) 2= Travailleur temporaire 3= Étudiant étranger 4= Parrainage 5= refus de répondre  Transformée pour la régression en dichotomique où 1 = visa temporaire et étudiant étranger, et 0 = autres	X	X
<b>Aide financière à la famille restée dans le pays d'origine</b>	T0, section 2, question 2.5	Montant/ % du salaire versé à la famille restée dans le pays d'origine	Variable catégorielle où : 0 = oui, 1 = non, 97 = sans objet et refus de répondre	X	

<sup>28</sup> En cas de non réponse, l'indicateur est tout de même calculé par la moyenne des résultats aux autres questions de la dimension de valeurs. Afin de s'assurer de la validité du questionnaire traduit, celui-ci a été retraduit dans la langue d'origine par un chercheur extérieur à l'étude, puis les deux versions ont été comparées lors d'une rencontre avec le responsable du dossier des infirmières DHQ de l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal.

### Parcours migratoire (suite)

<b>Motivation de la migration</b>	T0, section 2, question 2.4	Description des différentes motivations de la migration	Les réponses de la question ouverte vont être reclassées en fonction des cinq catégories de motivations de la migration d'Allan et Larsen (2003), soit aventure, développement de carrière, raisons familiales, meilleure vie, environnement externe Variables dichotomiques où : 1= raisons soulevées, et 0= absence	X	X
<b>Intention de pratiquer en tant qu'infirmière au Québec</b>	T0, section 1, question 1.16	Intention de pratique (en durée) en tant qu'infirmière au Québec	Variables catégorielle où : 1= court terme (moins d'un an) 2= moyen terme (1 à 5 ans) 3= long terme (plus de 5 ans)	X	X

### Expérience de travail dans la profession infirmière antérieure à la migration

<b>Expérience antérieure</b>	T0, section 1, question 1.15	Nombre d'années d'expérience de travail en soins infirmiers antérieur à la migration	Variable catégorielle, où : 1= moins d'un an 2=de deux à trois ans 3=de trois à cinq ans 4= plus de cinq ans Transformée en variable dichotomique où 0= 1 et 2, et 1= 3 et 4	X	
<b>Expérience antérieure dans système de santé similaire</b>	T0, section 1, question 1.15	Nombre d'années d'expérience de travail en soins infirmiers dans système de santé similaire	Variable catégorielle, où : 0= aucune expérience, 1= moins d'un an 2=de deux à trois ans 3=de trois à cinq ans 4= plus de cinq ans	X	
<b>Emploi durant la formation</b>	T0, section 1, question 1.9	Emploi à temps plein ou temps partiel lors de la formation	Variable catégorielle où : 1= oui 2=non 3= refus de répondre/ne sait pas	X	
<b>Changements de pratique</b>	T2, section 1, question 1.2	Étendue du changement de pratiques chez la DHQ lors de l'intégration	Variable catégorielle où : 1= Pas du tout 2= Un peu 3= Modérément 4= Beaucoup 5= Ne sait pas / Refuse de répondre	X	

### Formation antérieure en lien avec la profession infirmière

<b>Niveau de formation antérieure</b>	T0, section 1, question 1.12	Niveau d'études en lien avec la profession infirmière reconnu par l'OIIQ	Variable dichotomique où 1= BAC/DEC, et 0= Études supérieures Les « autres » sont distribuées en fonction de la description du programme	X	X
---------------------------------------	------------------------------	--	---	---	---

### Formation antérieure en lien avec la profession infirmière (suite)

<b>Perception de la qualité de la formation antérieure</b>	T0, section 1, question 1.14	Perception de l'adéquation de la formation antérieure avec celle du Québec	Variable catégorielle où : 1= Oui 2= Non 3 = Ne sait pas/Refus de répondre	X
<b>Reprise de la formation</b>	Liste fournie par cégeps	Noms des DHQ reprenant la formation selon le groupe	1=reprise, 0=premier essai	X

**Sous-objectif 2 : Déterminer l'influence de l'environnement de formation sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

<b>Cégep</b>	T0, section 0, question 0.1	Cégep de formation	Variable catégorielle où 1= cégep1, 2=cégep2, et 3=cégep3	X	X*
<b>Cohorte</b>	T0, section 0, question 0,2	Date de la formation	Variable catégorielle où les cohortes sont numérotées de 1 à 6	X	X*

**Sous-objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent son influence sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint**

**Fréquence et qualité des contacts interculturels**

<b>Perception de l'adaptation</b>	T0, section 1 question 2.6 a, b, c, d, e et f	Perception de l'infirmière DHQ de son adaptation culturelle et professionnelle, de celle de son conjoint et de ses enfants le cas échéant	Variable catégorielle où : 1= tout à fait d'accord et d'accord 2= plus ou moins d'Accord 3= en désaccord et tout à fait en désaccord	X
<b>Fréquence des contacts interculturels</b>	T2, section 3, question 3.4	Désir de fréquence de contacts interculturels	Variable catégorielle où : 1= Beaucoup plus fréquents 2= Légèrement plus fréquents 3= Statut quo : restent comme ils le sont actuellement 4= Légèrement moins fréquents 5= Beaucoup moins fréquents	X

<b>Qualité du réseau social</b>	T2, section 3 question 3.1a, b, c et d	Perception de la DHQ de la qualité de son réseau social	Adapté d'un questionnaire de Santé Canada touchant plusieurs indicateurs de la qualité du réseau social. Variable catégorielle où : 1= jamais 2= rarement 3= la plupart du temps 4= souvent 98= ne sait pas/ refus de répondre	X
<b>Attitudes sociétales</b>				
<b>Discrimination – extérieur du travail</b>	T2, section 3 question 3.7	Perception de la discrimination	Fréquence de l'expérience de discrimination, variable catégorielle où : 1= Jamais 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent 5= Toujours	X
<b>Mécanismes de gestion du stress</b>				
<b>Niveau de stress</b>	T2, section 3 question 3.2	Niveau de stress ressenti lors de la formation	Variable catégorielle où : 1= Pas du tout stressante 2= Pas très stressante 3= Un peu stressante 4= Très stressante 5= Extrêmement stressante 98= Refuse de répondre	X
<b>Pratique spirituelle</b>	T0, section 1, question 1.6	Est-ce que la DHQ se considère comme pratiquante (religion ou spiritualité)	Variable dichotomique où 0= oui et 1= non	X X

**Tableau X: Récapitulatif des différents facteurs étudiés et des moyens de collecte de données du volet qualitatif - Volet formation d'appoint**

<b>Facteur</b>	<b>Méthode de collecte de données</b>
<b>Sous-objectif 1 : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint</b>	
<b>Parcours migratoire</b>	
Raisons ayant motivé la migration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T0 section 2, question 2.4</li> </ul>
<b>Expérience antérieure</b>	
Changements apportés à la pratique de l'infirmière dhq suite à la formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T2 section 1, question 1.2b</li> </ul>
<b>Sous-objectif 2 : Déterminer l'influence de l'environnement de formation sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint</b>	
<b>Contexte de formation</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : trois questions ouvertes, soit soit celle sur l'expérience de la DHQ du programme d'<i>Intégration</i> (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors du programme de formation (T2 section 3, question 3.9b), et celle sur les recommandations face au programme (T2 section 3, question 3.10)</li> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Groupes de discussion – DHQ</li> <li>• Groupe de discussion- responsables et membres du personnel enseignant</li> </ul>
<b>Sous-objectif 3 : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint</b>	
<b>Facteurs liés à l'environnement externe</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : deux questions ouvertes, soit celle sur l'expérience de la DHQ du programme d'<i>Intégration</i> (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors du programme de formation (T2 section 3, question 3.9b).</li> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Groupes de discussion – DHQ</li> <li>• Groupe de discussion- responsables et membres du personnel enseignant</li> </ul>
<b>Sous-objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent son influence sur la réussite des infirmières DHQ à la formation d'appoint</b>	
<b>Obstacles et facteurs facilitateurs psychosociaux</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : deux questions ouvertes, soit celle sur l'expérience de la DHQ du programme d'<i>Intégration</i> (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors du programme de formation (T2 section 3, question 3.9b).</li> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Groupes de discussion – DHQ</li> <li>• Groupe de discussion- responsables et membres du personnel enseignant</li> </ul>
<i>Qualité des contacts interculturels (discrimination)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T2, section3, question 3.8b</li> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Groupes de discussion – DHQ</li> <li>• Groupe de discussion- responsables et membres du personnel enseignant</li> </ul>
<i>Stratégies de gestion des obstacles et du stress</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T2 section 3, question 3.9c</li> <li>• Entrevues semi-dirigées</li> <li>• Groupes de discussion – DHQ</li> <li>• Groupe de discussion- responsables et membres du personnel enseignant</li> </ul>

## 12.7 Annexe 7

### Liste des questions pour les entretiens semi-dirigés (groupe et individuels)

i Question- Groupes de discussions et entretiens individuels (DHQ ayant réussi la formation d'appoint et étant restées en emploi 1 an post période de probation)

1. Quels facteurs et stratégies ont facilité votre intégration?
2. Quels sont les défis et obstacles que vous avez rencontré dans votre intégration?
3. Quelles stratégies avez-vous adopté pour gérer votre stress?
4. Avez-vous des recommandations ou des suggestions à formuler à votre employeur/institution d'enseignement?
5. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

ii Question- Entrevues de groupe - établissements et institutions d'enseignement

1. Quels facteurs et stratégies semblent faciliter l'intégration des DHQ?
2. Quels sont les défis et obstacles que vous avez rencontré dans l'intégration des DHQ?
3. Qu'est-ce qui selon vous a motivé la décision de certaines DHQ de quitter [le programme de formation ou votre emploi]?
4. Qu'est-ce que [l'organisation ou l'institution] aurait pu faire pour faire rester les DHQ ayant quitté [le programme de formation ou votre emploi]?
5. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

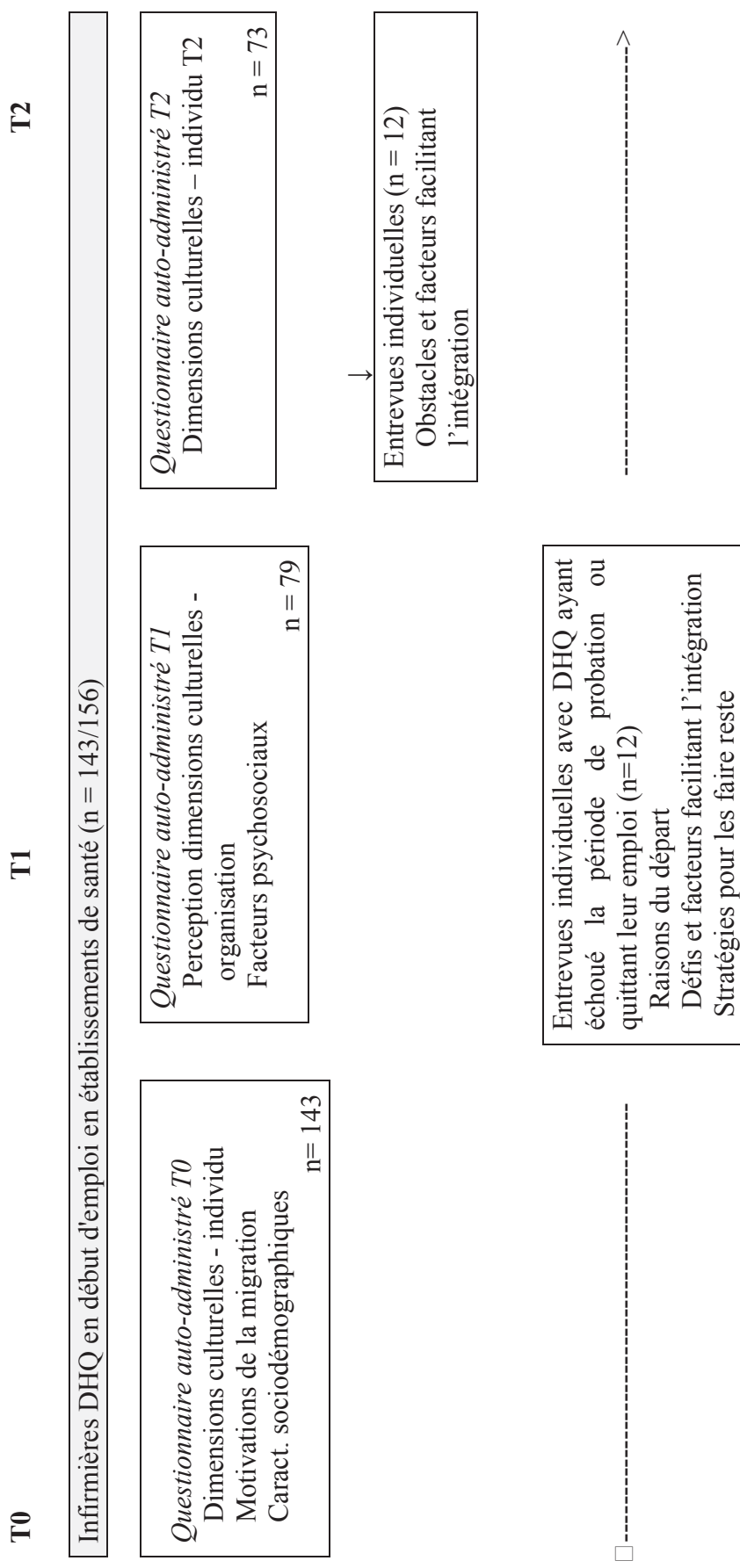
iii Question- Entrevues individuelles – échec et départ DHQ

1. Quels sont les défis et obstacles que vous avez rencontré dans votre intégration?
2. Quels facteurs et stratégies semblent faciliter votre intégration?
3. Quelles stratégies de gestion du stress avez-vous adopté?
4. Qu'est-ce qui a motivé votre décision de quitter [le programme de formation ou votre emploi]?
5. Qu'est-ce que [l'organisation ou l'institution] aurait pu faire pour vous faire rester? Avez-vous des recommandations ou des suggestions à formuler à votre employeur/institution d'enseignement?
6. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?



## 12.8 Annexe 8

**Figure XIII : Population, instruments et thématiques abordées lors de la collecte de données pour la Phase II- Établissements de santé - Vue globale de la collecte**



Groupe de discussion - DRH DSI  
Obstacles et facteurs facilitant  
l'intégration des infirmières DHQ  
Obstacles et facteurs facilitant leur  
travail

Recommandations

n=8

Entretiens individuels  
complémentaires - DRH DSI

Obstacles et facteurs facilitant

l'intégration des infirmières DHQ

Obstacles et facteurs facilitant leur  
travail

Recommandations

n=5

## 12.9 Annexe 9

### **Questionnaires auto-administrés - Phase II - Établissements de santé**

# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec – T0

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1** Lieu de travail
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CHUM (1)                        | <input type="checkbox"/> Hôpital Général Juif (8)     |
| <input type="checkbox"/> Ste-Mary's (2)                  | <input type="checkbox"/> Maisonneuve-Rosemont (9)     |
| <input type="checkbox"/> CHU Ste-Justine (3)             | <input type="checkbox"/> Santa Cabrini (10)           |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Sacré-Coeur (4)         | <input type="checkbox"/> Institut de Cardiologie (11) |
| <input type="checkbox"/> CSSS Cœur de l'île (5)          | <input type="checkbox"/> Institut de Gériatrie (12)   |
| <input type="checkbox"/> CSSS du Sud-Ouest-Verdun (6)    | <input type="checkbox"/> Hôpital Douglas (13)         |
| <input type="checkbox"/> CSSS Dorval-Lachine-Lasalle (7) | <input type="checkbox"/> CUSM (14)                    |
- 0.2** Mois/année du début de l'emploi \_\_\_\_\_
- 0.3** Numéro d'identification du participant
- 0.4** Date du passage du questionnaire  Jour  Mois 20ée
- 0.5** Version du questionnaire (langue) :
- | Anglais (1) |  | Français (2)

## SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

<b>1.1</b> En quelle année êtes-vous né(e)? (Inscrivez la date ou cochez la case appropriée.)	19 <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ne sait pas (97) <input type="checkbox"/> Refuse de répondre (98)
<b>1.2</b> Sexe	<input type="checkbox"/> Homme (1) <input type="checkbox"/> Femme (2)
<b>1.3</b> Dans quel pays êtes-vous né (e)?  (Écrire le nom du pays)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ne sait pas (97) <input type="checkbox"/> Refuse de répondre (98)

**1.4** Excluant votre pays d'origine, nommez chacun des pays où vous avez vécu six mois ou plus en commençant par le dernier pays avant votre arrivée au Canada?

(Écrire le nom des pays)	a)	_____
	b)	_____
	c)	_____
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)
	<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)

**1.5** À quelle religion vous identifiez-vous?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)	<input type="checkbox"/>	Catholique (1)
	<input type="checkbox"/>	Protestant (2)
	<input type="checkbox"/>	Musulman (3)
	<input type="checkbox"/>	Juif (4)
	<input type="checkbox"/>	Bouddhiste (5)
	<input type="checkbox"/>	Athée (6)
	<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)

**1.6** Vous considérez-vous comme pratiquant?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)	<input type="checkbox"/>	Oui (1)
	<input type="checkbox"/>	Non (2)
		<input type="checkbox"/>

**1.7** Quel est votre état civil?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)	<input type="checkbox"/>	Célibataire (1)
	<input type="checkbox"/>	Marié (2)
	<input type="checkbox"/>	Vivant avec un conjoint (3)
	<input type="checkbox"/>	Séparé, divorcé (4)
	<input type="checkbox"/>	Veuf ou veuve (5)
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)
		<input type="checkbox"/>

**1.8a** Avez-vous des enfants?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)	<input type="checkbox"/>	Oui (1) → <b>1.8 b</b>
	<input type="checkbox"/>	Non (2)
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)
	<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)

**1.8b** Quel âge ont-ils? \_\_\_\_\_

1.9 Quelle est votre langue maternelle? \_\_\_\_\_

1.10 Quelles autres langues maîtrisez-vous? Pour chacune de vos réponses, indiquez votre niveau de maîtrise de la langue, où **5 représente une maîtrise parfaite et 1 une connaissance de base** de la langue.

Langue	Parlée	Écrite	Lue
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

1.11 Quel est le plus haut niveau d'études en lien avec la **profession infirmière** que vous avez terminé **avant de venir au Québec**?

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Diplôme d'études collégiales (1)            |
| <input type="checkbox"/> | Baccalauréat (2)                            |
| <input type="checkbox"/> | Études supérieures (maîtrise, doctorat) (3) |
| <input type="checkbox"/> | Autre, préciser (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                            |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                     |

1.12 Dans quel pays avez-vous obtenu vos diplômes en lien avec la profession infirmière?

- (Écrire le nom du pays)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| a                        | _____                   |
| b                        | _____                   |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.13** Considérez-vous que votre formation antérieure vous a bien préparé à la pratique infirmière au Québec?

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)                 |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.14** Combien d'années d'expérience de travail possédez-vous en tant qu'infirmière à l'extérieur du Québec? Veuillez indiquer votre réponse par pays :

Pays 1 : \_\_\_\_\_

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans(2)        |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

Pays 2 : \_\_\_\_\_

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans(2)        |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

Pays 3 : \_\_\_\_\_

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)       |
| <input type="checkbox"/> | Un à deux ans (2)       |
| <input type="checkbox"/> | Trois à cinq ans (3)    |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)    |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.15** Considérez-vous que votre emploi actuel corresponde à vos expériences antérieures?

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)                 |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)                 |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.16** Combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière au Québec?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Plus d'un an mais moins de trois ans (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3) |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                             |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                      |

## SECTION 2 : CONTEXTE DE LA MIGRATION

**2.1** En quelle année avez-vous immigré pour la première fois au Québec? \_\_\_\_\_

**2.2** Vous avez immigré au Québec...

(Lire toutes les options, et cocher la ou les case(s) appropriée(s).)

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Seul (1)                       |
| <input type="checkbox"/> | Avec votre époux ou épouse (2) |
| <input type="checkbox"/> | Avec vos enfants (3)           |
| <input type="checkbox"/> | Avec vos parents (4)           |
| <input type="checkbox"/> | Avec un ou des amis (5)        |
| <input type="checkbox"/> | Autre, préciser (6)            |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)               |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)        |

**2.3** Quel était votre statut lors de votre immigration?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Migrant économique ou professionnel (1) |
| <input type="checkbox"/> | Travailleur temporaire (2)              |
| <input type="checkbox"/> | Étudiant étranger (3)                   |
| <input type="checkbox"/> | Parrainage (4)                          |
| <input type="checkbox"/> | Réfugié ou migrant humanitaire (5)      |
| <input type="checkbox"/> | S. O. (96)                              |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                 |



**2.4** Qu'est-ce qui vous a motivé à immigrer au Québec? Veuillez dans un premier temps faire une liste de chacune des raisons ayant motivé votre décision de migrer, avant de donner un ordre de priorité à chacune de vos motivations, où 1 représente la raison la plus importante pour vous?

Priorité	Motivation de la migration
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**2.5** Avez-vous la responsabilité d'envoyer une partie de votre salaire à des membres de votre famille restés dans votre pays d'origine? Si oui, cet engagement représente quelle proportion de vos revenus?

(Lire toutes les options, et cocher la ou les case(s) appropriée(s).)

<input type="checkbox"/>	Oui (1)	_____
<input type="checkbox"/>	Non (2)	_____
<input type="checkbox"/>	Ne sait pas (97)	_____
<input type="checkbox"/>	Refuse de répondre (98)	_____
		_____
		_____
	Proportion de vos revenus :	_____

**2.6** En vous basant sur vos perceptions, jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?  
(Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	S.O	Refuse de répondre
a. Vous avez réussi à vous adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous avez réussi à vous adapter de manière satisfaisante au contexte professionnel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Votre conjoint a réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Votre conjoint a réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte professionnel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vos enfants ont réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte socioculturel du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vos enfants ont réussi à s'adapter de manière satisfaisante au contexte éducatif du Québec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECTION 3 : PERCEPTION DE SES VALEURS PAR LE PARTICIPANT

3.1 Jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants? (Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)		Tout à fait d'accord	D'ac- cord	Plus ou moins d'accord	En désac- cord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a.	La résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Dans une organisation, les individus ayant une position subalterne ne devraient pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Les règles et règlements sont importants parce qu'ils nous informent de ce qu'il est attendu de nous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Il m'est important d'avoir des instructions détaillées pour que je sache en tout temps ce que l'on attend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Dans une organisation, les individus en position de pouvoir ne devraient pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	La stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Les individus devraient sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Dans une organisation, les tâches importantes ne devraient pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	Au travail comme dans la vie de tous les jours, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	Les individus devaient rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 3.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
p. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Avoir des instructions pour guider l'action est important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient décider de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. La réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussiront toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. La loyauté face au groupe devrait être encouragée même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Il est important de gérer son argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Les individus ne devraient tenter d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec- T1

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1** Lieu de travail
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CHUM (1)                        | <input type="checkbox"/> Hôpital Général Juif (8)   |
| <input type="checkbox"/> Ste-Mary's (2)                  | <input type="checkbox"/> Maisonneuve-Rosemont (9)   |
| <input type="checkbox"/> CHU Ste-Justine (3)             | <input type="checkbox"/> Santa Cabrini (10)         |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Sacré-Coeur (4)         | <input type="checkbox"/> Institut de                |
| Cardiologie (11)   |   |
| <input type="checkbox"/> CSSS Cœur de l'île (5)          | <input type="checkbox"/> Institut de Gériatrie (12) |
| <input type="checkbox"/> CSSS du Sud-Ouest-Verdun (6)    | <input type="checkbox"/> Hôpital Douglas (13)       |
| <input type="checkbox"/> CSSS Dorval-Lachine-Lasalle (7) | <input type="checkbox"/> CUSM (14)                  |
- 0.2** Mois/année du début de l'emploi \_\_\_\_\_
- 0.3** Numéro d'identification du participant
- 0.4** Date du passage du questionnaire   Jour   Mois  2  0
- 0.5** Version du questionnaire (langue) :
- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anglais (1) | <input type="checkbox"/> Français (2) |
|--------------------------------------|---------------------------------------|

## SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES ACTUELLES DE L'EMPLOI

**1.1** Vous occupez un emploi à...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Temps plein (1)   |
| <input type="checkbox"/> | Temps partiel (2) |

**1.2** Quel est votre horaire de travail?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Jour (1)     |
| <input type="checkbox"/> | Soir (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Nuit (3)     |
| <input type="checkbox"/> | Rotation (4) |

**1.3** Dans les deux dernières semaines, vous est-il arrivé de faire du temps supplémentaire obligatoire?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Oui (1)               |
| <input type="checkbox"/> | Non (2)               |
| <input type="checkbox"/> | Refus de répondre (4) |

## SECTION 2 : PERCEPTION DES VALEURS DE L'ORGANISATION

**2.1** Sur certains points, les valeurs de l'organisation peuvent différer des valeurs de l'individu. Jusqu'à quel point les énoncés suivants correspondent-ils à ce que vous avez observé dans le cadre de votre pratique dans les établissements de santé au Québec?  
(Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a. Dans les établissements de santé au Québec, la résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dans les établissements de santé au Québec, les individus ayant une position subalterne ne doivent pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dans les établissements de santé au Québec, le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dans les établissements de santé au Québec, il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dans les établissements de santé au Québec, les règles et règlements sont importants parce qu'ils informent les employés de ce qu'il est attendu d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dans les établissements de santé au Québec, il est important d'avoir des instructions détaillées pour que les employés sachent en tout temps ce que l'on attend d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dans les établissements de santé au Québec, les individus en position de pouvoir ne doivent pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Dans les établissements de santé au Québec, les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont perçues comme utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dans les établissements de santé au Québec, la stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 2.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
l. Dans les établissements de santé au Québec, les individus doivent sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dans les établissements de santé au Québec, les tâches importantes ne doivent pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Dans les établissements de santé au Québec, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dans les établissements de santé au Québec, les individus doivent rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Dans les établissements de santé au Québec, les individus en position de pouvoir doivent éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Dans les établissements de santé au Québec, il est important d'avoir des instructions pour guider l'action.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Dans les établissements de santé au Québec, il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir décident de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Dans les établissements de santé au Québec, la réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Dans les établissements de santé au Québec, il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussiront toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. Dans les établissements de santé au Québec, la loyauté face au groupe est encouragée, même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Dans les établissements de santé au Québec, il est important de gérer l'argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Dans les établissements de santé au Québec, les individus ne tentent d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec –T2

## SECTION 0 : IDENTIFICATION

- 0.1** Lieu de travail
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CHUM (1)                        | <input type="checkbox"/> Hôpital Général Juif (8)     |
| <input type="checkbox"/> Ste-Mary's (2)                  | <input type="checkbox"/> Maisonneuve-Rosemont (9)     |
| <input type="checkbox"/> CHU Ste-Justine (3)             | <input type="checkbox"/> Santa Cabrini (10)           |
| <input type="checkbox"/> Hôpital Sacré-Coeur (4)         | <input type="checkbox"/> Institut de Cardiologie (11) |
| <input type="checkbox"/> CSSS Cœur de l'île (5)          | <input type="checkbox"/> Institut de Gériatrie (12)   |
| <input type="checkbox"/> CSSS du Sud-Ouest-Verdun (6)    | <input type="checkbox"/> Hôpital Douglas (13)         |
| <input type="checkbox"/> CSSS Dorval-Lachine-Lasalle (7) | <input type="checkbox"/> CUSM (14)                    |
- 0.2** Mois/année du début de l'emploi \_\_\_\_\_
- 0.3** Numéro d'identification du participant
- 0.4** Date du passage du questionnaire  Jour  Mois
- 0.5** Version du questionnaire (langue) :
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>   Anglais (1) | <input type="checkbox"/>   Français (2) |
|--|---|

## SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI ACTUEL

**1.1** Vous travaillez actuellement à...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/>   Temps plein (1)   | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Temps partiel (2) | _____ |

**1.2** Quel est votre horaire de travail?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/>   Jour (1)     | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Soir (2)     | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Nuit (3)     | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Rotation (4) | _____ |

**1.3** Dans les deux dernières semaines, vous est-il arrivé de faire du temps supplémentaire obligatoire?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/>   Oui (1)               | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Non (2)               | _____ |
| <input type="checkbox"/>   Refus de répondre (4) | _____ |



**1.4a** Avez-vous changé vos comportements ou vos pratiques au travail par rapport à ceux que vous auriez adoptés dans votre pays ?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout(1)          |
| <input type="checkbox"/> | Un peu (2)              |
| <input type="checkbox"/> | Modérément (3)          |
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup (4)            |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**1.4b** Comment ces changements de pratique ou de comportements se traduisent-ils ?

---

---

---

---

---

---

**1.5** Combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière **dans votre organisation actuelle?**

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Plus d'un an mais moins de trois ans (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3) |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                             |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                      |

**1.6** Combien de temps comptez-vous pratiquer en tant qu'infirmière **au Québec?**

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Moins d'un an (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Plus d'un an mais moins de trois ans (2)     |
| <input type="checkbox"/> | Plus de trois ans mais moins de cinq ans (3) |
| <input type="checkbox"/> | Plus de cinq ans (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Ne sait pas (97)                             |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                      |

## SECTION 2 : PERCEPTION DE SES VALEURS PAR LE PARTICIPANT

**2.1** Jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?  
(Lire chacun des énoncés, et cocher la case appropriée pour chaque énoncé.)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
a. La résolution de problèmes complexes demande une approche active et énergique, qui est typiquement caractéristique de l'homme (masculin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dans une organisation, les individus ayant une position subalterne ne devraient pas contredire les décisions prises par les individus en position de pouvoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le bien-être du groupe est plus important que les récompenses individuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Il est plus important pour les hommes d'avoir une carrière que pour les femmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Les règles et règlements sont importants parce qu'ils nous informent de ce qu'il est attendu de nous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Il est important de persévérer malgré les obstacles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Il m'est important d'avoir des instructions détaillées pour que je sache en tout temps ce que l'on attend de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir ne devraient pas demander trop souvent l'opinion des personnes qui leur sont subalternes,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Il est important de travailler fort aujourd'hui pour réussir demain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Les procédures de travail standardisées telles que les guides de pratique sont utiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. La stabilité et la constance sont des qualités importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Les individus devraient sacrifier leur intérêt personnel pour celui du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Dans une organisation, les tâches importantes ne devraient pas être déléguées aux individus en position subalterne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Au travail comme dans la vie de tous les jours, la planification à long terme est cruciale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Les individus devaient rester loyaux au groupe, quelles que soient les difficultés rencontrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 2.1...	Tout à fait d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	En désaccord	Pas du tout d'accord	Refuse de répondre
p. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient éviter de sociabiliser avec leurs subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Avoir des instructions pour guider l'action est important.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Il vaut mieux sacrifier le plaisir d'aujourd'hui pour la réussite du futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Dans une organisation, les individus en position de pouvoir devraient décider de la plupart des décisions sans consulter les personnes qui leurs sont subalternes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. La réussite du groupe est plus importante que la réussite individuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Il est important de suivre à la lettre les instructions et les procédures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Il existe certains emplois pour lesquels les hommes vont toujours être meilleurs que les femmes, et d'autres où les femmes réussiront toujours mieux que les hommes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w. La loyauté face au groupe devrait être encouragée même si les objectifs individuels en souffrent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x. Il est important de gérer son argent prudemment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y. Les individus ne devraient tenter d'atteindre leurs objectifs personnels qu'une fois après avoir considéré le bien-être du groupe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 3 : RÉINSTALLATION, STRESS, ESTIME DE SOI ET SOUTIEN SOCIAL

**3.1** Veuillez me dire à quelle fréquence les diverses formes de soutien social suivantes vous sont accessibles au Canada?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

	Jamais	Rarement	La plupart du temps	Souvent	S. O.	Ne sait pas	Refuse de répondre
a. Quelqu'un à qui vous confier, parler de vos problèmes ou de sujets intimes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Quelqu'un sur qui vous pouvez compter quand vous en avez besoin? (Ex. vous conduire à vos rendez-vous, ou vous aider pour les courses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Quelqu'un qui peut vous donner un avis ou de l'information?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Quelqu'un à qui vous pouvez emprunter de l'argent en cas d'urgence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2** Pensez à la quantité de stress que vous vivez. Comment qualifieriez-vous la plupart de vos journées?

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- Pas du tout stressantes (1)
  - Pas très stressantes (2)
  - Un peu stressantes (3)
  - Très stressantes (4)
  - Extrêmement stressantes (5)
  - Refuse de répondre (98)

**3.3** Pensez aux gens que vous côtoyez à l'extérieur de votre lieu de travail. En général diriez-vous que ces personnes sont...

- (Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)
- Presque toutes membres de la même communauté culturelle que la vôtre (1)
  - En majorité membres de la même communauté culturelle que la vôtre (2)
  - De plusieurs communautés culturelles (3)
  - En majorité originaires du Québec (4)
  - Presque toutes originaires du Québec (5)
  - En majorité membres de la même communauté culturelle que la vôtre (6)
  - Refuse de répondre (98)

**3.4** Aimeriez-vous que vos contacts avec les personnes originaires du Québec soient ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup plus fréquents (1)                            |
| <input type="checkbox"/> | Légèrement plus fréquents (2)                          |
| <input type="checkbox"/> | Statu quo : restent comme ils le sont actuellement (3) |
| <input type="checkbox"/> | Légèrement moins fréquents (4)                         |
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup moins fréquents (5)                           |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)                                |

**3.5** Pensez aux relations que vous entretenez avec vos collègues de travail. Considérez-vous la qualité et la fréquence de celles-ci comme ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfaisantes (1)          |
| <input type="checkbox"/> | Satisfaisantes (2)               |
| <input type="checkbox"/> | Plus ou moins satisfaisantes (3) |
| <input type="checkbox"/> | Insatisfaisantes (4)             |
| <input type="checkbox"/> | Très insatisfaisantes (5)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)          |

**3.6** Pensez aux relations que vous entretenez avec vos gestionnaires au travail. Considérez-vous la qualité et la fréquence de celles-ci comme ...

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Très satisfaisantes (1)          |
| <input type="checkbox"/> | Satisfaisantes (2)               |
| <input type="checkbox"/> | Plus ou moins satisfaisantes (3) |
| <input type="checkbox"/> | Insatisfaisantes (4)             |
| <input type="checkbox"/> | Très insatisfaisantes (5)        |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98)          |

**3.7** À l'extérieur du travail, dans quelle mesure avez-vous été confronté (e) à des comportements discriminatoires à votre égard?

(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

- |                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jamais (1)              |
| <input type="checkbox"/> | Parfois (2)             |
| <input type="checkbox"/> | Souvent (3)             |
| <input type="checkbox"/> | Très souvent (4)        |
| <input type="checkbox"/> | Toujours (5)            |
| <input type="checkbox"/> | Refuse de répondre (98) |

**3.8a** Dans votre milieu de travail, dans quelle mesure avez-vous été confronté(e) à des comportements discriminatoires à votre égard de la part de....  
(Lire toutes les options, et cocher la case appropriée.)

	Jamais	Rarement	La plupart du temps	Souvent	S. O.	Ne sait pas	Refuse de répondre
a. Collègues de travail - infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Collègues de travail- autres professions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Chefs d'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gestionnaires – intermédiaires et hauts dirigeants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Famille des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.8b** Comment ces comportements discriminatoires se traduisent-ils...

---



---



---



---



---



---

**3.9a** Comment, dans l'ensemble, décrieriez-vous votre expérience d'intégration dans votre établissement de santé ?

---



---



---



---



---



---

**3.9b** Avez-vous eu à faire face à certains obstacles ou difficultés lors de votre intégration? Si oui, lesquels?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.9c** Comment avez-vous réussi à gérer ces difficultés ou obstacles ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## 12.10 Annexe 10

**Tableau X : Récapitulatif du moyen de collecte, la description des données, l'opérationnalisation des variables et les techniques d'analyses des données utilisées, par variable, par sous-objectif de recherche**

Variable	Collecte des données	Description des données de collecte	Opérationnalisation de la variable	Analyse des données	
				Descriptive	Régression logistique
<b>Échec de la probation</b>	Liste fournie par établissements	Noms des DHQ en échecs selon l'établissement	1= échec, 0 = succès Variable dichotomique *** Variable dépendante ***	X	X
<b>Départ-d'un an après réussite probation</b>	Liste fournie par établissements	Noms des DHQ ayant quitté - établissement	1= départ, 0 = encore à l'emploi 1 an Variable dichotomique *** Variable dépendante ***	X	X
<b>Intention de pratiquer dans l'établissement en tant qu'infirmière - 3 ans et 5 ans</b>	T0/T2		1= intention de quitter, 0 = intention de rester Variable dichotomique *** Variable dépendante ***	X	X
<b>Intention de pratiquer au Québec en tant qu'infirmière - 3 ans et 5 ans</b>	T0/T2		1= intention de quitter, 0 = intention de rester Variable dichotomique *** Variable dépendante ***	X	X
<b>Sous-objectif 1 : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court et moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi</b>					
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>					
<b>Âge</b>	T0, section 1, question 1.1	Année de naissance	Année du passage du questionnaire – Année de naissance Variable continue	X	X
<b>Sexe</b>	T0, section 1, question 1.2	Sexe	Variable dichotomique où 1 = homme, et 2 = femme	X	X
<b>Langue</b>	T0, section 0, question 0.5 T0, section 1, question 1.09 et 1.10	Langue parlée/écrite/lue et niveau de maîtrise de la langue de travail	Niveau de maîtrise de la langue de formation (1 à 5) Lorsque celle-ci est la langue maternelle = 5; lorsque simplement écrit la langue, valide avec la qualité de la langue des questions ouvertes Variable dichotomique où : 1 = niveau de maîtrise de 3 et moins, et 0 = niveau de maîtrise de 4 et 5	X	X

<b>Région d'origine</b>	T0, section 1, question 1.3	Pays de naissance	de	Variable catégorielle où : 1= Autres; 2=Caraïbes; 3=Maghreb, 4=Asie	X	X
<b>Statut civil</b>	T0, section 1, question 1.7	Statut civil		Variable dichotomique où 1 = célibataire/veuve/séparée ou divorcée, et 0= marié ou conjoint de fait	X	X
<b>Enfants à charge</b>	T0, section 1, questions 1.8a et 1.8b	Enfants et âge des enfants à charge		Variable dichotomique où 1 = enfant(s) à charge, et 0= sans enfant à charge	X	X

#### Valeurs

<b>Valeurs individuelles</b>	Q0, section 3, questions 1a à 1y	Valeurs de l'individu		Adaptation du questionnaire de Yoo et al. (2010), qui reprend les cinq dimensions culturelles de Hofstede (2005) en les adaptant au niveau individuel <sup>29</sup> . Variable continue de 1 à 5 (agrégat) Distance pouvoir 3.1 b, h, m, s, p Évitement incertitude 3.1 e, g, j, q, u  Collectivisme 3.1 c, l, o, t, w, y Orientation long terme 3.1 f, i, k, n, r, x Masculinité 3.1 a, d, v	X	X*
------------------------------	----------------------------------	-----------------------	--	--	---	----

#### Parcours migratoire

<b>Nombre d'années depuis la migration</b>	T0, section 2, question 2.1	Année de migration	de	Année du passage du questionnaire – Année de migration Variable continue	X	
<b>Expérience antérieure de migration</b>	T0, section 1, question 1.4	La DHQ a-t-elle déjà habité plus de 6 mois dans un pays autre que le sien et le Canada?		Variable dichotomique, où 1 = oui, et 0 = non	X	
<b>Contexte de la migration</b>	T0, section 2, question 2.2	Avec qui la DHQ a migré		Variable dichotomique où 1 = seule, et 0 = autres (accompagnée)	X	X

<sup>29</sup> En cas de non réponse, l'indicateur est tout de même calculé par la moyenne des résultats aux autres questions de la catégorie de valeurs. Afin de s'assurer de la validité du questionnaire traduit, celui-ci a été retraduit dans la langue originale par un académique extérieur à l'étude, puis les deux versions ont été comparées lors d'une rencontre avec le responsable du dossier des infirmières DHQ de l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal.

<b>Statut légal lors de la migration</b>	T0, section 2, question 2.3	Sous quel type de visa ou de permis la DHQ a migré	Variable catégorielle où : 1= migrant économique ou politique (résidence. permanente) 2= Travailleur temporaire 3= Étudiant étranger 4= Parrainage 5= refus de répondre  Transformée pour la régression en dichotomique où 1 = visa temporaire et étudiant étranger, et 0 = autres	X	X
<b>Aide financière à la famille restée dans le pays d'origine</b>	T0, section 2, question 2.5	Montant/ % du salaire versé à la famille restée dans le pays d'origine	Variable catégorielle où : 0 = oui, 1 = non, 97 = sans objet et refus de répondre	X	
<b>Motivation de la migration</b>	T0, section 2, question 2.4	Description des différentes motivations de la migration	Les réponses de la question ouverte vont être reclassées en fonction des cinq catégories de motivations de la migration d'Allan et Larsen (2003), soit aventure, développement de carrière, raisons familiales, meilleure vie, environnement externe  Variables dichotomiques où : 1= raisons soulevées, et 0= absence	X	X
<b>Expérience de travail dans la profession infirmière antérieure à la migration</b>					
<b>Type de stage d'intégration</b>	Fournie par les établissements	Stage en établissement de santé ou stage en institution collégiale	1= en établissement de santé 2= au cégep (AEC)	X	
<b>Expérience antérieure</b>	T0, section 1, question 1.14	Nombre d'années d'expérience de travail en soins infirmiers antérieur à la migration	Variable catégorielle, où : 1= moins d'un an 2=de deux à trois ans 3=de trois à cinq ans 4= plus de cinq ans  Transformée en variable dichotomique où 0= 1 et 2, et 1= 3 et 4	X	
<b>Expérience antérieure dans système de santé similaire</b>	T0, section 1, question 1.14	Nombre d'années d'expérience de travail en soins infirmiers dans système de santé similaire	Variable catégorielle, où : 0= aucune expérience, 1= moins d'un an 2=de deux à trois ans 3=de trois à cinq ans 4= plus de cinq ans	X	

<b>Changements de pratique</b>	T2, section 1, question 1.2	Étendue du changement de pratiques chez la DHQ lors de l'intégration	Variable catégorielle où : 1= Pas du tout 2= Un peu 3= Modérément 4= Beaucoup 5= Ne sait pas / Refuse de répondre	X	
--------------------------------	-----------------------------	--	--	---	--

#### Formation antérieure en lien avec la profession infirmière

<b>Niveau de formation antérieure</b>	T0, section 1, question 1.11	Niveau d'études en lien avec la profession infirmière reconnu par l'OIIQ	Variable dichotomique où 1= DEC, et 0= BAC et Études supérieures Les «autres» sont distribuées en fonction de la description du programme	X	X
---------------------------------------	------------------------------	--	--	---	---

#### Formation antérieure en lien avec la profession infirmière (suite)

<b>Perception de la qualité de la formation antérieure</b>	T0, section 1, question 1.13	Perception de l'adéquation de la formation antérieure avec celle du Québec	Variable catégorielle où : 1= Oui 2= Non 3 = Ne sait pas/Refus de répondre	X	
--	------------------------------	--	---	---	--

#### Sous-objectif 2 : Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi

<b>Établissement de santé</b>	T0, section 0, question 0.1	Établissement de santé – lieu de travail	Variable catégorielle où 1= établissement1, 2=établissement2, 3 = établissement3, etc.	X	X
-------------------------------	-----------------------------	--	--	---	---

<b>Type d'emploi</b>	T2, section 1, question 1.1		Variable catégorielle où 1= temps plein, 2= temps partiel, 3= sur appel	X	X
----------------------	-----------------------------	--	---	---	---

<b>Horaire de travail</b>	T2, section 1, question 1.2		Variable catégorielle où 1= horaire stable (jour/soir/nuit), 2= rotation	X	X
---------------------------	-----------------------------	--	--	---	---

#### Sous-objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent son influence sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi

##### Fréquence et qualité des contacts interculturels

<b>Perception de l'adaptation</b>	T0, section 1 question 2.6 a, b, c, d, e et f	Perception de l'adaptation socio-professionnelle, (DHQ, conjoint et famille)	Variable catégorielle où : 1= tout à fait d'accord et d'accord 2= plus ou moins d'accord 3= en désaccord et tout à fait en désaccord	X	
-----------------------------------	---	--	---	---	--

<b>Fréquence des contacts interculturels</b>	T2, section 3, question 3.4	Désir de fréquence de contacts interculturels	Variable catégorielle où : 1= Beaucoup plus fréquents 2= Légèrement plus fréquents 3= Statut quo : restent comme ils le sont actuellement 4= Légèrement moins fréquents 5= Beaucoup moins fréquents	X	
--	-----------------------------	---	--	---	--

<b>Qualité du réseau social</b>	T2, section 3 question 3.1a, b, c et d	Perception de la DHQ de la qualité de son réseau social	Adapté d'un questionnaire de Santé Canada touchant plusieurs indicateurs de la qualité du réseau social. Variable catégorielle où : 1= jamais 2= rarement 3= la plupart du temps 4= souvent 98= ne sait pas/ refus de répondre	X
<b>Attitudes sociétales</b>				
<b>Discrimination – du extérieur du travail</b>	T2, section 3 question 3.7	Perception de la discrimination	Fréquence de l'expérience de discrimination, variable catégorielle où : 1= Jamais 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent 5= Toujours	X
<b>Mécanismes de gestion du stress</b>				
<b>Niveau de stress</b>	T2, section 3 question 3.2	Niveau de stress ressenti lors de la formation	Variable catégorielle où : 1= Pas du tout stressante 2= Pas très stressante 3= Un peu stressante 4= Très stressante 5= Extrêmement stressante 98= Refuse de répondre	X
<b>Pratique spirituelle</b>	T0, section 1, question 1.6	Est-ce que la DHQ se considère comme pratiquante (religion ou spiritualité)	Variable dichotomique où 0= oui et 1= non	X X

**Tableau XI: Récapitulatif des différents facteurs étudiés et des moyens de collecte de donnée du volet qualitatif**

Facteur	Collecte de données
<p><b>Sous-objectif 1 : Déterminer l'influence des caractéristiques individuelles, telles les caractéristiques sociodémographiques, les valeurs, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure, sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi</b></p>	
<p><b>Parcours migratoire</b></p>	
<p><b>Raisons ayant motivé la migration</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T0 section 2, question 2.4</li> </ul>
<p><b>Expérience antérieure</b></p>	
<p><b>Changements apportés à la pratique de l'infirmière DHQ suite à son embauche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : T2 section 1, question 1.2b</li> </ul>
<p><b>Sous-objectif 2 : Déterminer l'influence de l'environnement de travail sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi</b></p>	
<p><b>Contexte de formation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : trois questions ouvertes, soit celle sur l'expérience de la DHQ de son intégration en emploi (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors de son intégration et plus largement lors de sa première année d'emploi (T2 section 3, question 3.9b), et celle sur les recommandations (T2 section 3, question 3.10)</li> <li>• Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant conservé leur emploi plus d'un an passé la période de probation</li> <li>• Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant quitté leur emploi</li> <li>• Groupe de discussion- DRH/DSI des établissements de santé</li> </ul>
<p><b>Sous-objectif 3 : Déterminer l'influence de l'environnement politique, économique et légal sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi</b></p>	
<p><b>Facteurs liés à l'environnement externe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaires auto-administrés : deux questions ouvertes, soit celle sur l'expérience de la DHQ de son intégration en emploi (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors de son intégration en emploi et plus largement lors de sa première année d'emploi (T2 section 3, question 3.9b).</li> <li>• Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant conservé leur emploi plus d'un an passé la période de probation</li> <li>• Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant quitté leur emploi</li> <li>• Groupe de discussion- DRH/DSI des établissements de santé</li> </ul>

---

**Sous-objectif 4 : Explorer les facteurs psychosociaux qui interagissent avec le processus d'intégration, et par conséquent son influence sur la réussite de la période de probation et sur la rétention à court/moyen terme des infirmières DHQ en début d'emploi**

**Obstacles et facteurs facilitateurs psychosociaux**

- Questionnaires auto-administrés : deux questions ouvertes, soit celle sur l'expérience de la DHQ de son intégration en emploi (T2 section 3, question 3.9a), celle sur les obstacles encourus lors de son intégration en emploi et plus largement lors de sa première année d'emploi (T2 section 3, question 3.9b).
- Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant conservé leur emploi plus d'un an passé la période de probation
- Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant quitté leur emploi
- Groupe de discussion- DRH/DSI des établissements de santé

**Qualité des contacts interculturels (discrimination)**

- Questionnaires auto-administrés : T2, section3, question 3.8b
  - Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant conservé leur emploi plus d'un an passé la période de probation
  - Entrevues semi-dirigées – DHQ ayant quitté leur emploi
  - Groupe de discussion- DRH/DSI des établissements de santé
-

## 12.11 Annexe 11

### Structure d'analyse – questionnaires auto-administrés - Phase I et II

#### Caractéristiques sociodémographiques :

<i>Variable</i>	<i>#question (version)</i>	<i>traitement</i>
Âge	1.1 (T0)	groupes d'âge – statistiques Canada
Sexe	1.2 (T0)	dichotomique 1/0
Pays de naissance	1.3 (T0)	nominale
Migration antérieure	1.4 (T0)	dichotomique 1/0 où 1 = si déjà habité plus de 6 mois dans un pays de la même région – valeurs (basé sur classification Hofstede)
Religion	1.5 (T0)	nominale
Pratique spirituelle	1.6 (T0)	dichotomique 1/0
État civil	1.7 (T0)	dichotomique 1/0 où 1 = marié, 0 = autre
Enfants dépendants	1.8a et b (T0)	dichotomique 1/0 où 1 = enfants <input type="checkbox"/> 18 ans

#### *Caractéristique travail :*

T. plein/partiel	1.9 (T0) – 1.1 (T1-T2)	dichotomique 1/0
Horaire travail	1.10 (T0)- 1.2 (T1-T2)	nominale
T. Supplémentaire	1.11 (T0)- 1.2 (T1-T2)	dichotomique 1/0
Langue maternelle	1.12 (T0)	dichotomique 1/0 où 1 = même langue que celle parlée sur les lieux de travail.
Maîtrise langue	1.13 (T0)	échelle 1 à 5 langue de travail
Éducation	1.14 + 1.15 verif(T0)	nominale
Perception formation	1.16 (T0)	dichotomique 1/0
Exp. ant. générale	1.17 (T0)	nombre années exp. totale de pratique
Exp. ant. spécifique	1.17 (T0)	nombre années exp. dans pays même région
Reconnaissance exp.	1.18 (T0)	valorielle (classification pays Hofstede)
		dichotomique 1/0

#### Migration

Années au pays	2.1 (T0)	nombre d'années au pays
Avec qui migré	2.2 (T0)	nominale
Statut migration	2.3 (T0)	nominale
Motivation migration	2.4 (T0)	faire catégories – puis pondération choix
Responsabilités ext.	2.5 (T0)	échelle 1= oui où $x \geq 15\%$ , 0.5= $x =$ de 1 à 14%, et 0 = non
Perc. Intégr. perso	2.6 a et b(T0)	agrégat a/b– échelle de 1 à 5
Perc. Intégr. conjoint	2.6 c et d(T0)	agrégat c/d– échelle de 1 à 5
Perc. Intégr. enfants	2.6 e et f(T0)	agrégat e/f– échelle de 1 à 5



## **Facteurs psychosociaux**

Soutien social	3.1 (T2)	échelle 1 à 5
Quantité stress	3.2 (T2)	échelle 1 à 5
Fréqu. Contacts inter	3.3 (T2)	échelle 1 à 6 – remis sur 5
Désir contacts intercult.	3.4 (T2)	échelle 1 à 5
Rel collègues travail	3.5 (T2)	échelle 1 à 5
Rel. Gestionnaires	3.6 (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin. général	3.7 (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin. infirm.	3.8 a (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin. autres prof.	3.8 b (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin collègues	3.8 a /b (T2)	agrégat - échelle 1 à 5
Discrimin. chefs unité	3.8 c (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin. gestion.	3.8 d (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin gestionn.	3.8 c /d (T2)	agrégat - échelle 1 à 5
Discrimin. patients	3.8 e (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin. familles	3.8 f (T2)	échelle 1 à 5
Discrimin génér.	3.8 e /f (T2)	agrégat - échelle 1 à 5

## **Valeurs individu**

Distance pouvoir	3.1 b, h, m, s, p (T0;T2)	agrégat – échelle 1 à 5
Évitement incertitude	3.1 e, g, j, q, u (T0;T2)	agrégat – échelle 1 à 5
Collectivisme	3.1 c, l, o, t, w, y (T0;T2)	agrégat – échelle 1 à 5
Orientation l.terme	3.1 f, i, k, n, r, x (T0;T2)	agrégat – échelle 1 à 5
Masculinité	3.1 a, d, v (T0;T2)	agrégat – échelle 1 à 5

## **Valeurs organisation**

Distance pouvoir	3.1 b, h, m, s, p (T1)	agrégat – échelle 1 à 5
Évitement incertitude	3.1 e, g, j, q, u (T1)	agrégat – échelle 1 à 5
Collectivisme	3.1 c, l, o, t, w, y (T1)	agrégat – échelle 1 à 5
Orientation l.terme	3.1 f, i, k, n, r, x (T1)	agrégat – échelle 1 à 5
Masculinité/Féminité	3.1 a, d, v (T1)	agrégat – échelle 1 à 5

## **Intention de rester**

Intent. de rester -org	1.19 (T0) – 1.5 (T2)	échelle 1 à 5
Intent. De rester – Qc	1.6 (T2)	échelle 1 à 5

## 12.12 Annexe 12

### **Formulaire d'information et de consentement – Entrevues individuelles (départ)**

Titre du projet : Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier  
diplômé hors Québec

Nom de l'étudiant-chercheur : Marie-Douce Primeau, étudiante au doctorat en santé  
publique, Université de Montréal

Noms des directeurs de recherche : François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill

Organisme partenaire : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

#### **Préambule :**

Vous êtes invitée<sup>30</sup> à participer à cette étude à titre d'infirmière formée hors Québec ayant quitté depuis moins d'un mois le programme de formation d'appoint ou votre emploi. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### **Description du projet :**

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre systémique, de plus en plus d'intérêt est porté à l'attraction et l'intégration des infirmières diplômées hors Québec (DHQ). Malgré l'apport potentiel considérable des DHQ, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) souligne l'importance des enjeux et les coûts (économiques et sociaux) élevés associés au recrutement et à l'intégration socioprofessionnelle du personnel qualifié DHQ. Dans cette optique, il est essentiel de se pencher sur les facteurs explicatifs de la rétention de la main-d'œuvre DHQ, afin de permettre aux établissements de santé d'implanter des stratégies efficaces et adaptées aux réalités spécifiques à cette population afin d'en maximiser la rétention. D'où l'intérêt de cette recherche, qui vise à la fois à décrire et à comprendre les facteurs explicatifs de la rétention chez les infirmières DHQ intégrant le marché de l'emploi et chez celles suivant une formation d'appoint pré-emploi, afin d'en arriver à des recommandations de stratégies pour maximiser le maintien en emploi de cette population. La réalisation de ce projet de recherche, incluant la période de compilation et d'analyse des données est évaluée à environ 12 mois.

---

<sup>30</sup> Afin d'alléger le texte, le féminin sera utilisé afin d'alléger le texte et il inclut le masculin.

## **Procédures :**

Votre participation est volontaire et consiste à participer à une entrevue individuelle et à compléter un questionnaire. L'entrevue individuelle portera dans un premier temps sur les défis et facteurs qui ont facilité ou contraint votre intégration professionnelle. Une deuxième partie nous permettra de mieux cerner les raisons de votre départ ainsi que de donner des pistes de

stratégies qui pourraient être implantées afin de faciliter la rétention du personnel infirmier DHQ. Enfin, le questionnaire permettra de mieux cerner vos valeurs et votre perception de celles de l'organisation dans laquelle vous avez œuvré. L'entrevue individuelle prendra environ 45 minutes. Elle sera réalisée à l'extérieur des heures de travail, à l'endroit qui vous conviendra, par l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Marie-Douce Primeau et elle sera enregistrée.

## **Avantages:**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Cependant, les résultats de cette étude permettront aux établissements de santé et aux institutions d'enseignement de mettre au point des stratégies afin de faciliter l'intégration socioprofessionnelle et de maximiser la rétention des infirmières DHQ.

## **Risques et inconvénients :**

Votre participation à cette étude présente un niveau minimal de risques prévisibles. Il existe un risque de bris de confidentialité des données recueillies dans le cadre de l'étude ou encore un risque que vous soyez identifiés lors de la diffusion des résultats, compte tenu du petit nombre de participants qui sera recruté dans chaque établissement participant. Nous ferons en sorte que la façon de diffuser les résultats minimise ce risque. De même, les modalités décrites dans la section sur la confidentialité devraient permettre de réduire le risque de diffusion des données de recherche.

Le temps alloué pour l'entrevue et pour compléter le questionnaire est le principal inconvénient prévisible pour les participants.

## **Confidentialité**

La chercheuse s'engage à garder confidentielles les informations recueillies auprès des participants de l'étude. *En aucun cas vos résultats ne seront communiqués à votre employeur ou aux membres de votre institution d'enseignement.* Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal, par le CÉR du CHUM ou par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Afin de préserver la confidentialité, les données recueillies seront reliées par un code aux données permettant de vous identifier (nom, adresse, date de naissance...). Seule l'étudiante chercheuse aura accès aux données nominatives et à la clé du code. Toutes les informations (formulaires de consentement, liste des codes, questionnaires, transcription des enregistrements et enregistrements d'entrevues) seront conservées aux archives de l'Université de Montréal pour une période de 7 ans après la fin de l'étude. En cas de publication des résultats de l'étude, toutes les mesures seront prises afin qu'il soit impossible de vous identifier.

### **Éventualité d'une suspension de l'étude :**

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toute autre raison.

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne nuise aux relations avec votre employeur ou votre institution d'enseignement.

### **Compensatoire financière :**

Aucune compensation financière n'est allouée pour l'étude..

### **Indemnisation en cas de préjudice**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **Personnes-ressources :**

En cas de questions ou de commentaires concernant votre participation à cette étude, vous pouvez communiquer avec :

#### **Marie-Douce Primeau**

Candidate au doctorat, École de Santé Publique, Université de Montréal

[REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

## Communication des résultats généraux

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

### Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

__Marie-Douce Primeau__	_____	_____
Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date

**Informations de type administratif :**  
- L'original du formulaire sera conservé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant  
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité scientifique de l'UdeM et le CER de l'UdeM le: 28 avril 2011.

<b>Formulaire de consentement – Questionnaires auto-administrés</b>
---

Titre du projet : Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel

infirmier diplômé hors Québec

Nom de l'étudiant-chercheur : Marie-Douce Primeau, Université de Montréal

Noms des directeurs de recherche : François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill

Organisme partenaire : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

**Description du projet :**

Vous êtes invité(e) à participer à cette étude à titre d'infirmière diplômée hors Québec. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre systémique, de plus en plus d'intérêt est porté à l'attraction et l'intégration des infirmières diplômées hors Québec (DHQ), tant en début d'emploi qu'en formation d'appoint. Malgré l'apport potentiel considérable des DHQ, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) souligne les enjeux et les coûts (économiques et sociaux) élevés associés au recrutement et à l'intégration socioprofessionnelle du personnel qualifié DHQ. Dans cette optique, il est essentiel de se pencher sur les facteurs explicatifs de la rétention de la main-d'œuvre DHQ, afin de permettre aux établissements de santé d'implanter des stratégies efficaces et adaptées aux réalités spécifiques à cette population afin d'en maximiser la rétention. D'où l'intérêt de cette recherche, qui vise à la fois à décrire et à comprendre les facteurs explicatifs de la rétention chez les infirmières DHQ intégrant le marché de l'emploi et chez celles suivant une formation d'appoint pré-emploi, afin d'en arriver à des recommandations de stratégies pour maximiser le maintien en emploi de cette population.

**Procédures :**

Votre participation est volontaire et consiste à remplir trois questionnaires auto-administrés, soit un en début de formation ou d'emploi, le deuxième après 6 mois et le dernier après 8 mois de formation ou d'emploi. Le questionnaire porte sur vos motivations de migration, sur vos valeurs, sur la perception que vous avez des valeurs de votre organisation/lieu de stage et sur vos perspectives d'avenir. Chaque questionnaire prend environ 15 minutes à remplir et sera distribué lors de vos heures de travail ou de formation, sur les lieux de votre travail ou sur votre lieu de formation, par l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Marie-Douce Primeau.

### **Avantages et bénéfices :**

Cette étude permettra aux établissements de santé et aux institutions d'enseignement de mettre au point des stratégies afin de faciliter l'intégration socioprofessionnelle et de maximiser la rétention des infirmières DHQ. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

### **Risques et inconvénients :**

Cette étude présente un niveau minimal de risque. Le temps alloué pour l'entrevue est un inconvénient minimal pour les participants.

### **Confidentialité**

La chercheuse s'engage à garder confidentielle les informations recueillies auprès des participants de l'étude. *En aucun cas vos résultats ne seront communiqués à votre employeur ou aux membres de votre institution d'enseignement.* Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité. Les données seront codées et seule l'étudiante chercheuse aura accès aux données. Toutes les informations (formulaires de consentement, liste des codes, questionnaires et enregistrements d'entrevues) seront conservées aux archives de l'Université de Montréal pour une période de 7 ans après la fin de l'étude. En cas de publication des résultats de l'étude, toutes les mesures seront prises afin qu'il soit **impossible** de vous identifier.

### **Éventualité d'une suspension de l'étude :**

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne nuise aux relations avec votre employeur ou votre institution d'enseignement.

### **Indemnité compensatoire et/ou dépenses :**

Aucune indemnité n'est prévue dans le cadre de cette étude

**Personnes-ressources :**

En cas de questions ou de commentaires, vous pouvez communiquer avec :

**Marie-Douce Primeau**

Candidate au doctorat, École de Santé Publique  
Université de Montréal

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [redacted] ou à l'adresse courriel [redacted]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

**Adhésion au projet et signatures :**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps. Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant                      Signature du participant                      Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_ Marie-Douce Primeau \_\_\_\_  
Nom du Chercheur                      Signature du chercheur                      Date

- Informations de type administratif :**
- L'original du formulaire sera conservé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant
  - Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le: Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine
  - No de référence : 11-033—CERFM-D
  - 28 avril 2011



## Formulaire d'information et de consentement – Entrevues de groupe

Titre du projet : Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier  
diplômé hors Québec

Nom de l'étudiant-chercheur : Marie-Douce Primeau, étudiante au doctorat en santé publique, Université de Montréal

Noms des directeurs de recherche : François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill

Organisme partenaire : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

Collaborateurs au CHUM : Sylvie Dubois, adjointe à la direction des soins infirmiers  
Geneviève Pagé, agente de gestion du personnel à la direction des ressources humaines

No. du projet au CHUM : MP-CHUM-11.060

### Préambule :

Vous êtes invitée<sup>31</sup> à participer à cette étude à titre d'infirmière formée hors Québec, de membre du personnel enseignant ou de gestionnaire œuvrant avec les infirmières diplômées hors Québec. Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### Description du projet :

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre systémique, de plus en plus d'intérêt est porté à l'attraction et l'intégration des infirmières diplômées hors Québec (DHQ). Malgré l'apport potentiel considérable des DHQ, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) souligne l'importance des enjeux et les coûts (économiques et sociaux) élevés associés au recrutement et à l'intégration socioprofessionnelle du personnel qualifié DHQ. Dans cette optique, il est essentiel de se pencher sur les facteurs explicatifs de la rétention de la main-

---

<sup>31</sup> Le féminin est utilisé afin d'alléger le texte et qu'il inclut le masculin.

d'œuvre DHQ, afin de permettre aux établissements de santé d'implanter des stratégies efficaces et adaptées aux réalités spécifiques à cette population afin d'en maximiser la rétention. D'où l'intérêt de cette recherche, qui vise à la fois à décrire et à comprendre les facteurs explicatifs de la rétention chez les infirmières DHQ intégrant le marché de l'emploi et chez celles suivant une formation d'appoint pré-emploi, afin d'en arriver à des recommandations de stratégies pour maximiser le maintien en emploi de cette population. La réalisation de ce projet de recherche, incluant la période de compilation et d'analyse des données est évaluée à environ 12 mois.

### **Procédures :**

Votre participation est volontaire et consiste à participer à une entrevue de groupe, incluant d'autres personnes qui, comme vous, sont des infirmières DHQ, des enseignantes ou encore des gestionnaires travaillant avec des infirmières DHQ, et qui portera dans un premier temps sur les défis et facteurs qui ont facilité ou contraint selon vous l'intégration professionnelle des DHQ. Cette démarche devrait aussi nous permettre de faire ressortir des pistes de stratégies qui pourraient être implantées afin de faciliter la rétention du personnel infirmier DHQ. L'entrevue de groupe durera de 45-60 minutes et sera réalisée à l'extérieur des heures de travail ou de formation, sur les lieux de travail ou de formation, par l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Marie-Douce Primeau. Les entrevues seront enregistrées.

### **Avantages et bénéfices :**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Cependant, les résultats de cette étude permettront aux établissements de santé et aux institutions d'enseignement de mettre au point des stratégies afin de faciliter l'intégration socioprofessionnelle et de maximiser la rétention des infirmières DHQ.

### **Risques et inconvénients:**

Votre participation à cette étude présente un niveau minimal de risques prévisibles. Il existe un risque de bris de confidentialité des données recueillies dans le cadre de l'entrevue de groupe. Les participants devront s'engager à ne pas diffuser le contenu des discussions qui auront lieu lors de ces entrevues.

Le temps alloué pour l'entrevue est le principal inconvénient prévisible pour les participants.

### **Confidentialité**

La chercheuse s'engage à garder confidentielles les informations recueillies auprès des participants de l'étude. *En aucun cas vos résultats ne seront communiqués à votre employeur ou aux membres de votre institution d'enseignement.* Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, le dossier de recherche contenant les informations recueillies lors des entrevues de groupe pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal, par le CÉR du CHUM ou par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Afin de préserver la confidentialité, les données recueillies seront reliées par un code aux données permettant de vous identifier (nom, adresse, date de naissance...). Seule l'étudiante chercheuse aura accès aux données nominatives et à la clé du code. Toutes les informations (formulaires de consentement, liste des codes, transcription des enregistrements et enregistrements d'entrevues) seront conservées aux archives de l'Université de Montréal pour une période de 7 ans après la fin de l'étude. En cas de publication des résultats de l'étude, toutes les mesures seront prises afin qu'il soit impossible de vous identifier. De plus, les participants à ces entrevues de groupe devront signer un engagement à la confidentialité afin de ne pas divulguer le contenu des discussions.

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne nuise aux relations avec votre employeur ou votre institution d'enseignement.

### **Compensatoire financière :**

Aucune compensation financière n'est offerte pour le temps alloué à l'entrevue.

### **Indemnisation en cas de préjudice**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **Personnes-ressources :**

En cas de questions ou de commentaires concernant votre participation à cette étude, vous pouvez communiquer avec :

#### **Marie-Douce Primeau**

Candidate au doctorat, École de Santé Publique, Université de Montréal

[REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Vous pouvez également communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHUM le cas échéant, au numéro [REDACTED].

## Communication des résultats généraux

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

## Surveillance des aspects éthiques

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche 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.

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

**Informations de type administratif :**  
- L'original du formulaire sera conservé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant  
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le: - No de référence : - 28 avril 2011

## Formulaire d'information et de consentement – Entrevues individuelles (départ)

Titre du projet : Les facteurs explicatifs de la rétention chez le personnel infirmier diplômé hors Québec

Nom de l'étudiant-chercheur : Marie-Douce Primeau, étudiante au doctorat en santé publique, Université de Montréal

Noms des directeurs de recherche : François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill

Organisme partenaire : Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

Collaborateurs au CHUM : Sylvie Dubois, adjointe à la direction des soins infirmiers  
Geneviève Pagé, agente de gestion du personnel à la direction des ressources humaines

No. du projet au CHUM : MP-CHUM-11.060

### **Préambule :**

Vous êtes invitée<sup>32</sup> à participer à cette étude à titre d'infirmière formée hors Québec ayant quitté depuis moins d'un mois le programme de formation d'appoint ou votre emploi. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **Description du projet :**

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre systémique, de plus en plus d'intérêt est porté à l'attraction et l'intégration des infirmières diplômées hors Québec (DHQ). Malgré l'apport potentiel considérable des DHQ, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) souligne l'importance des enjeux et les coûts (économiques et sociaux) élevés associés au recrutement et à l'intégration socioprofessionnelle du personnel qualifié DHQ. Dans cette optique, il est essentiel de se pencher sur les facteurs explicatifs de la rétention de la main-d'œuvre DHQ, afin de permettre aux établissements de santé d'implanter des stratégies efficaces et adaptées aux réalités spécifiques à cette population afin d'en maximiser la rétention. D'où l'intérêt de cette recherche, qui vise à la fois à décrire et à comprendre les facteurs explicatifs de

---

<sup>32</sup> Afin d'alléger le texte, le féminin sera utilisé afin d'alléger le texte et il inclut le masculin.

la rétention chez les infirmières DHQ intégrant le marché de l'emploi et chez celles suivant une formation d'appoint pré-emploi, afin d'en arriver à des recommandations de stratégies pour maximiser le maintien en emploi de cette population. La réalisation de ce projet de recherche, incluant la période de compilation et d'analyse des données est évaluée à environ 12 mois.

### **Procédures :**

Votre participation est volontaire et consiste à participer à une entrevue individuelle et à compléter un questionnaire. L'entrevue individuelle portera dans un premier temps sur les défis et facteurs qui ont facilité ou contraint votre intégration professionnelle. Une deuxième partie nous permettra de mieux cerner les raisons de votre départ ainsi que de donner des pistes de stratégies qui pourraient être implantées afin de faciliter la rétention du personnel infirmier DHQ. Enfin, le questionnaire permettra de mieux cerner vos valeurs et votre perception de celles de l'organisation dans laquelle vous avez œuvré. Ce questionnaire prendra environ 15 minutes à compléter. L'entrevue individuelle prendra environ 45 minutes. Elle sera réalisée à l'extérieur des heures de travail, à l'endroit qui vous conviendra, par l'étudiante-chercheuse responsable du projet, Marie-Douce Primeau et elle sera enregistrée.

### **Avantages:**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Cependant, les résultats de cette étude permettront aux établissements de santé et aux institutions d'enseignement de mettre au point des stratégies afin de faciliter l'intégration socioprofessionnelle et de maximiser la rétention des infirmières DHQ.

### **Risques et inconvénients :**

Votre participation à cette étude présente un niveau minimal de risques prévisibles. Il existe un risque de bris de confidentialité des données recueillies dans le cadre de l'étude ou encore un risque que vous soyez identifiés lors de la diffusion des résultats, compte tenu du petit nombre de participants qui sera recruté dans chaque établissement participant. Nous ferons en sorte que la façon de diffuser les résultats minimise ce risque. De même, les modalités décrites dans la section sur la confidentialité devraient permettre de réduire le risque de diffusion des données de recherche.

Le temps alloué pour l'entrevue et pour compléter le questionnaire est le principal inconvénient prévisible pour les participants.

### **Confidentialité**

La chercheuse s'engage à garder confidentielles les informations recueillies auprès des participants de l'étude. *En aucun cas vos résultats ne seront communiqués à votre employeur ou aux membres de votre institution d'enseignement.* Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal, par le CÉR du CHUM ou par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Afin de préserver la confidentialité, les données recueillies seront reliées par un code aux données permettant de vous identifier (nom, adresse, date de naissance...). Seule l'étudiante chercheuse aura accès aux données nominatives et à la clé du code. Toutes les informations (formulaires de consentement, liste des codes, questionnaires, transcription des enregistrements et enregistrements d'entrevues) seront conservées aux archives de l'Université de Montréal pour une période de 7 ans après la fin de l'étude. En cas de publication des résultats de l'étude, toutes les mesures seront prises afin qu'il soit impossible de vous identifier.

### **Éventualité d'une suspension de l'étude :**

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toute autre raison.

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne nuise aux relations avec votre employeur ou votre institution d'enseignement.

### **Compensatoire financière :**

Un montant de 25\$ est offert comme compensation pour le temps alloué à l'entrevue.

### **Indemnisation en cas de préjudice**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

### **Personnes-ressources :**

En cas de questions ou de commentaires concernant votre participation à cette étude, vous pouvez communiquer avec :

#### **Marie-Douce Primeau**

Candidate au doctorat, École de Santé Publique, Université de Montréal

[REDACTED]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

Vous pouvez également communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CHUM le cas échéant, au numéro [REDACTED].

## Communication des résultats généraux

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

## Surveillance des aspects éthiques

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche 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.

## Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

## Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé à l'Université de Montréal et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le:
- No de référence :
- 28 avril 2011



<b>Consent Form – Self-administered questionnaires</b>
--

Title of the project: Factors explaining the retention of internationally educated  
nurses (IENs) in Quebec

Phd Researcher:	Marie-Douce Primeau, Université de Montréal
Research Directors:	François Champagne, Université de Montréal Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill
Partner Organization:	Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

**Project Description:**

You are invited to participate in this study regarding internationally educated nurses (IENs). Given shortages in the labor market, more emphasis is being placed on attracting and integrating foreign-educated nurses. Despite the notable benefits associated with hiring IENs, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) points out the potential risks and economic and social costs resulting from the recruitment and professional integration of IENs. With this in mind, it is crucial to pinpoint the factors that explain the retention of the foreign-educated nurses so that health organizations can implement strategies to better address the needs of this labor pool. Hence, the focus of this research project, which aims to describe and understand the factors explaining the retention of IENs who have recently integrated into the job market as well as those who are currently undertaking additional training, before arriving at a set of strategic recommendations to maximize and maintain the employment of this population.

**Procedures:**

Your participation is voluntary and consists of three self-administered questionnaires that address different time-periods during your employment/training. The first addresses the beginning of your training or employment, the second, six months from the beginning, and the last, eight months from the beginning. The questionnaires ask about your motivations for immigrating, your values, your perception of your employer/training institution's values, and your thoughts about the future. Each questionnaire will take approximately fifteen minutes to complete and will be distributed during work/training hours at your place of work/training by the student researcher managing this project, Marie-Douce Primeau.

**Benefits :**

Your participation in this study probably won't benefit you personally. But this study will allow health and teaching institutions to develop strategies that encourage professional integration and maximize the retention of foreign-educated nurses. Upon request, we will provide you with the research results once the study has concluded.

**Risks and inconvenients:**

This study presents minimal risks. The time required for the interview is a slight inconvenience for study participants. There is a slight risk relating to possible confidentiality. We will make sure that the ways the information is transmitted minimize that risk. Also, the modalities described in the section regarding confidentiality should limit the risks relating to the transmission of research data.

**Confidentiality:**

The researcher will keep all confidential information collected from study participants. *Under no circumstances will your results be shared with your employer or with individuals from your nursing school.* However, your file can be viewed by an authorized person from the Ethics Committee for Research at the Faculty of Medicine (CERFM) for control purposes only. All of whom adhere to a strict confidentiality policy. The data will be coded and only the student researcher will have access to the data. All information (consent forms, list of codes, questionnaire, and recorded interviews) will be kept in the archives of the University of Montreal for a period of seven years after the study ends. If the findings of this study result in publication, all measures will be taken to ensure that your identity **remain anonymous**.

**Termination of the study:**

Participation in this study could be terminated by the researcher at any time if she believes it is in the interest of the participant or for any other reason.

**Voluntary Participation and Withdrawal:**

Your participation in this study is entirely voluntary. You may therefore refuse to participate or withdraw at any time without providing a reason. Withdrawal will in no way effect your relationships with your former employer or school.

**Contacts :**

If you should have any questions or comments, you may contact:

**Marie-Douce Primeau**

Doctoral Candidate, École de Santé Publique, Université de Montréal

[Redacted contact information]

Any complaints related to your participation in this study can be addressed to the ombudsman at the Université de Montréal at [Redacted] [Redacted] or [Redacted]. The ombudsman accepts collect calls.

**Consent and Signature :**

I read and understand the all of the information contained in this document. I certify that someone explained it to me verbally. I had the opportunity to ask questions concerning the research project and received a satisfactory response. I further certify that I was given adequate time to reflect and make a decision. I understand that I could withdraw at any moment.

I, the undersigned, agreed to participated in this study..

_____	_____	_____
Name of participant	Signature of participant	Date

I certify to have a) explained all terms contained in this consent form to the above participant and; b) clearly indicated to the participant that he/she may terminate her participation at any time during the study and that he/she will receive a signed copy of this consent form.

__Marie-Douce Primeau__	_____	_____
Name of researcher	Signature of researcher	Date

## Consent Form – Individual Interviews

Title : Factors explaining the retention of foreign-educated nurses in Quebec

Student Researcher:	Marie-Douce Primeau, Université de Montréal
Research Directors:	François Champagne, Université de Montréal Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill
Partner Organization:	Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

### **Project Description:**

You are invited to participate in this study regarding nurses educated outside of Quebec who have either recently participated in a bridging program or were recently employed in a Quebec healthcare facility. Given shortages in the labor market, more emphasis is being placed on attracting and integrating foreign-educated nurses. Despite the notable benefits associated with hiring foreign-educated nurses, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) points out the potential risks and economic and social costs resulting from the recruitment and professional integration of foreign-educated nurses. With this in mind, it is crucial to pinpoint the factors that explain the retention of the foreign-educated nurses so that health organizations can implement strategies to better address the needs of this labor pool. Hence, the focus of this research project, which aims to describe and understand the factors explaining the retention of foreign-educated nurses who have integrated into the job market as well as those who are currently undertaking additional training before arriving at a set of strategic recommendations to maximize and maintain the employment of this population.

### **Procedures:**

Participation is voluntary and consists of an individual interview and a questionnaire. The individual interview will first address any challenges or factors that facilitated or impeded your professional integration. The second part will allow us to better discern the reasons for your departure, and thus generate potential strategies to increase the retention of foreign-educated nurses.

Finally, the questionnaire identifies your personal values and your perceptions of the values embraced by the organization/education institution where you worked/studied

**Benefits :**

This study will allow health and teaching institutions to develop strategies that encourage professional integration and maximize the retention of foreign-educated nurses. Upon request, we will provide you with the research results once the study has concluded.

**Risks :**

This study presents minimal risks. The time required for the interview is a slight inconvenience for study participants.

**Confidentiality:**

The researcher will keep all confidential information collected from study participants. *Under no circumstances will your results be shared with your employer or with individuals from your nursing school.* However, your file can be viewed by an authorized person from the Ethics Committee for Research at the Faculty of Medicine (CERFM) for control purposes only. All of whom adhere to a strict confidentiality policy. The data will be coded and only the student researcher will have access to the data. All information (consent forms, list of codes, questionnaire, and recorded interviews) will be kept in the archives of the University of Montreal for a period of seven years after the study ends. If the findings of this study result in publication, all measures will be taken to ensure that your identity **remain anonymous.**

**Termination of the study:**

Participation in this study could be terminated by the researcher at any time if she believes it is in the interest of the participant or for any other reason.

**Voluntary Participation and Withdrawal :**

Your participation in this study is entirely voluntary. You may therefore refuse to participate or withdraw at any time without providing a reason. Withdrawal will in no way effect your relationships with your former employer or school.

**Compensation :**

Your participation is voluntary.

**Contacts :**

If you should have any questions or comments, you may contact:

**Marie-Douce Primeau**

Doctoral Candidate, École de Santé Publique, Université de Montréal



Any complaints related to your participation in this study can be addressed to the ombudsman at the Université de Montréal at ( ) ( ) or ( ) The ombudsman accepts collect calls.

**Consent and Signature :**

I read and understand the all of the information contained in this document. I certify that someone explained it to me verbally. I had the opportunity to ask questions concerning the research project and received a satisfactory response. I further certify that I was given adequate time to reflect and make a decision. I understand that I could withdraw at any moment.

I, the undersigned, agreed to participated in this study..

\_\_\_\_\_

Name of participant

Signature of participant

Date

I certify to have a) explained all terms contained in this consent form to the above participant and; b) clearly indicated to the participant that he/she may terminate her participation at any time during the study and that he/she will receive a signed copy of this consent form.

\_\_\_\_\_

Name of researcher

Signature of researcher

Date

**Administrative Information:**

- The original consent form will be stored at the Université de Montréal and a signed copy will be provided to the participant.
- The research project and this consent form were approved by:

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de Médecine (Research Ethics Committee at the Faculté de Médecine)

Reference Number : 11-033—CERFM-D

April 28, 2011

## Consent Form- Group Interviews

Title of the project: Factors explaining the retention of internationally educated nurses (IENs) in Quebec

Phd Researcher: Marie-Douce Primeau, Université de Montréal

Research Directors: François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay, Université McGill

Partner Organization: Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

### **Project Description:**

You are invited to participate in this study regarding internationally educated nurses (IENs). Given shortages in the labor market, more emphasis is being placed on attracting and integrating foreign-educated nurses. Despite the notable benefits associated with hiring IENs, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) points out the potential risks and economic and social costs resulting from the recruitment and professional integration of IENs. With this in mind, it is crucial to pinpoint the factors that explain the retention of the foreign-educated nurses so that health organizations can implement strategies to better address the needs of this labor pool. Hence, the focus of this research project, which aims to describe and understand the factors explaining the retention of IENs who have recently integrated into the job market as well as those who are currently undertaking additional training, before arriving at a set of strategic recommendations to maximize and maintain the employment of this population.

### **Procedures:**

Your participation is voluntary and consists of a group interview where we will discuss the challenges/circumstances that constrained or facilitated your professional integration as a foreign-educated nurse. This interview will allow us to identify potential strategies to increase the retention of foreign-educated nurses. The group interview (45-60 minutes) will take place outside of work/training hours at your place of work/training and will be conducted by the student research responsible for managing this project, Marie-Douce Primeau.



**Benefits :**

Your participation in this study probably won't benefit you personally. But this study will allow health and teaching institutions to develop strategies that encourage professional integration and maximize the retention of foreign-educated nurses. Upon request, we will provide you with the research results once the study has concluded.

**Risks and inconvenients:**

This study presents minimal risks. The time required for the interview is a slight inconvenience for study participants. There is a slight risk relating to possible confidentiality. We will make sure that the ways the information is transmitted minimize that risk. Also, the modalities described in the section regarding confidentiality should limit the risks relating to the transmission of research data.

**Confidentiality:**

The researcher will keep all confidential information collected from study participants. *Under no circumstances will your results be shared with your employer or with individuals from your nursing school.* However, your file can be viewed by an authorized person from the Ethics Committee for Research at the Faculty of Medicine (CERFM) for control purposes only. All of whom adhere to a strict confidentiality policy. The data will be coded and only the student researcher will have access to the data. All information (consent forms, list of codes, questionnaire, and recorded interviews) will be kept in the archives of the University of Montreal for a period of seven years after the study ends. If the findings of this study result in publication, all measures will be taken to ensure that your identity **remain anonymous.**

**Termination of the study:**

Participation in this study could be terminated by the researcher at any time if she believes it is in the interest of the participant or for any other reason.

**Voluntary Participation and Withdrawal :**

No compensation is provided for this part of the study.

**Contacts :**

If you should have any questions or comments, you may contact:

**Marie-Douce Primeau**

Doctoral Candidate, École de Santé Publique, Université de Montréal

[REDACTED]

Any complaints related to your participation in this study can be addressed to the ombudsman at the Université de Montréal at ( ) ( ) or ( ). The ombudsman accepts collect calls.

**Consent and Signature :**

I read and understand the all of the information contained in this document. I certify that someone explained it to me verbally. I had the opportunity to ask questions concerning the research project and received a satisfactory response. I further certify that I was given adequate time to reflect and make a decision. I understand that I could withdraw at any moment.

I, the undersigned, agreed to participated in this study..

_____	_____	_____
Name of participant	Signature of participant	Date

I certify to have a) explained all terms contained in this consent form to the above participant and; b) clearly indicated to the participant that he/she may terminate her participation at any time during the study and that he/she will receive a signed copy of this consent form.

_____	_____	_____
Name of researcher	Signature of researcher	Date

**Administrative Information:**

- The original consent form will be stored at the Université de Montréal and a signed copy will be provided to the participant.
- The research project and this consent form were approved by:

Comité d'éthique de la recherché du CHUM: MP-CHUM-11.060.



**Consent Form – Self-administered questionnaires**

Title of the project: Factors explaining the retention of internationally educated nurses (IENs) in Quebec

Phd Researcher: Marie-Douce Primeau, Université de Montréal

Research Directors: François Champagne, Université de Montréal  
Mélanie Lavoie-Tremblay (local researcher),  
Université McGill

Partner Organization: Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal

**Project Description:**

You are invited to participate in this study regarding internationally educated nurses (IENs). Given shortages in the labor market, more emphasis is being placed on attracting and integrating foreign-educated nurses. Despite the notable benefits associated with hiring IENs, l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec (2004) points out the potential risks and economic and social costs resulting from the recruitment and professional integration of IENs. With this in mind, it is crucial to pinpoint the factors that explain the retention of the foreign-educated nurses so that health organizations can implement strategies to better address the needs of this labor pool. Hence, the focus of this research project, which aims to describe and understand the factors explaining the retention of IENs who have recently integrated into the job market as well as those who are currently undertaking additional training, before arriving at a set of strategic recommendations to maximize and maintain the employment of this population.

**Procedures:**

Your participation is voluntary and consists of three self-administered questionnaires that address different time-periods during your employment/training. The first addresses the beginning of your training or employment, the second, six months from the beginning, and the last, eight months from the beginning. The questionnaires ask about your motivations for immigrating, your values, your perception of your employer/training institution's values, and your thoughts about the future. Each questionnaire will take approximately fifteen minutes to complete and will be distributed during work/training

hours at your place of work/training by the student researcher managing this project, Marie-Douce Primeau.

**Benefits :**

Your participation in this study probably won't benefit you personally. But this study will allow health and teaching institutions to develop strategies that encourage professional integration and maximize the retention of foreign-educated nurses. Upon request, we will provide you with the research results once the study has concluded.

**Risks and inconvenients:**

This study presents minimal risks. The time required for the interview is a slight inconvenience for study participants. There is a slight risk relating to possible confidentiality. We will make sure that the ways the information is transmitted minimize that risk. Also, the modalities described in the section regarding confidentiality should limit the risks relating to the transmission of research data.

**Confidentiality:**

The researcher will keep all confidential information collected from study participants. *Under no circumstances will your results be shared with your employer or with individuals from your nursing school.* However, your file can be viewed by an authorized person from the Ethics Committee for Research at the Faculty of Medicine (CERFM) for control purposes only. All of whom adhere to a strict confidentiality policy. The data will be coded and only the student researcher will have access to the data. All information (consent forms, list of codes, questionnaire, and recorded interviews) will be kept in the archives of the University of Montreal for a period of seven years after the study ends. If the findings of this study result in publication, all measures will be taken to ensure that your identity **remain anonymous.**

**Termination of the study:**

Participation in this study could be terminated by the researcher at any time if she believes it is in the interest of the participant or for any other reason.

**Voluntary Participation and Withdrawal:**

Your participation in this study is entirely voluntary. You may therefore refuse to participate or withdraw at any time without providing a reason. Withdrawal will in no way effect your relationships with your former employer or school.

**Contact :**

If you should have any questions or comments, you may contact:

**Marie-Douce Primeau**

Doctoral Candidate, École de Santé Publique, Université de Montréal

[Redacted contact information]

Any complaints related to your participation in this study can be addressed to the ombudsman at the Université de Montréal at [Redacted] or [Redacted] or [Redacted]. The ombudsman accepts collect calls.

**Consent and Signature :**

I read and understand the all of the information contained in this document. I certify that someone explained it to me verbally. I had the opportunity to ask questions concerning the research project and received a satisfactory response. I further certify that I was given adequate time to reflect and make a decision. I understand that I could withdraw at any moment.

I, the undersigned, agreed to participated in this study..

_____	_____	_____
Name of participant	Signature of participant	Date

I certify to have a) explained all terms contained in this consent form to the above participant and; b) clearly indicated to the participant that he/she may terminate her participation at any time during the study and that he/she will receive a signed copy of this consent form.

_____	_____	_____
Name of researcher	Signature of researcher	Date

**Administrative Information:**

The original consent form will be stored at the Université de Montréal and a signed copy will be provided to the participant. The research project and this consent form were approved by the Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé universitaire McGill, no de projet: MP-CHUM-11.060.

## 12.13 Annexe 13

**Tableau XII: Tableau des caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude - Phase I- Cégeps**

	Cégep1		Cégep2		Cégep3		Total	
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>								
<b>Âge</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
20-24 ans	0	0%	1	2%	8	14%	9	6%
25-29 ans	3	8%	5	9%	5	9%	13	8%
30-34 ans	4	10%	13	22%	11	19%	28	18%
35-39 ans	15	38%	15	26%	20	34%	50	32%
40-44 ans	8	21%	13	22%	13	22%	34	22%
45-49 ans	6	15%	4	7%	0	0%	10	6%
50-54 ans	1	3%	2	3%	1	2%	4	3%
55 ans et plus	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Refus de répondre	2	5%	4	7%	0	0%	6	4%
<i>Total</i>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>
<b>Sexe</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Homme	7	18%	13	22%	16	28%	36	23%
Femme	32	82%	45	78%	42	72%	119	77%
<i>Total</i>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>
<b>Maîtrise de la langue de formation</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Intermédiaire (3) et moins	11	28%	21	36%	24	41%	56	36%
Avancé (4)	15	38%	16	28%	23	40%	54	35%
Maîtrise parfaite (5)	13	33%	21	36%	11	19%	45	29%
<i>Total</i>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>
<b>Région d'origine</b>								
<b>Amérique du Nord</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
États-Unis	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<i>Total Amérique du Nord</i>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Amérique centrale et caraïbes</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Cuba	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Equateur	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
Guadeloupe	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Haïti	8	21%	10	17%	0	0%	18	12%
<i>Total Amérique centrale et caraïbes</i>	<b>9</b>	<b>23%</b>	<b>12</b>	<b>21%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>21</b>	<b>14%</b>
<b>Amérique du sud</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Brésil	0	0%	7	12%	1	2%	8	5%
Chili	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Colombie	1	3%	5	9%	0	0%	6	4%

<b>Pérou</b>	1	3%	3	5%	0	0%	4	3%
<b>Venezuela</b>	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
<b>Total Amérique du sud</b>	<b>3</b>	<b>8%</b>	<b>16</b>	<b>28%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>20</b>	<b>13%</b>
<b>Afrique sub-saharienne</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Burundi</b>	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
<b>Cameroun</b>	1	3%	1	2%	1	2%	3	2%
<b>Côte d'Ivoire</b>	2	5%	3	5%	0	0%	5	3%
<b>Îles Maurice</b>	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
<b>Mauritanie</b>	0	0%	0	0%	2	3%	2	1%
<b>République du Congo</b>	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
<b>Soudan</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Total Afrique sub-saharienne</b>	<b>6</b>	<b>15%</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>14</b>	<b>9%</b>
<b>Maghreb</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Algérie</b>	9	23%	5	9%	0	0%	14	9%
<b>Liban</b>	3	8%	0	0%	0	0%	3	2%
<b>Maroc</b>	3	8%	8	14%	1	2%	12	8%
<b>Tunisie</b>	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
<b>Total Maghreb</b>	<b>16</b>	<b>41%</b>	<b>13</b>	<b>22%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>30</b>	<b>19%</b>
<b>Europe de l'est</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Albanie</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Bulgarie</b>	2	5%	1	2%	0	0%	3	2%
<b>Moldavie</b>	0	0%	1	2%	0	0%	1	1%
<b>Roumanie</b>	2	5%	4	7%	1	2%	7	5%
<b>Russie</b>	0	0%	0	0%	2	3%	2	1%
<b>Ukraine</b>	1	3%	2	3%	0	0%	3	2%
<b>Total Europe de l'est</b>	<b>5</b>	<b>13%</b>	<b>8</b>	<b>14%</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>17</b>	<b>11%</b>
<b>Moyen-Orient</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Arménie</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Iran</b>	0	0%	0	0%	3	5%	3	2%
<b>Koweït</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Total Moyen-Orient</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>5</b>	<b>9%</b>	<b>5</b>	<b>3%</b>
<b>Asie</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Chine</b>	0	0%	2	3%	2	3%	4	3%
<b>Népal</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Philippines</b>	0	0%	0	0%	39	67%	39	25%
<b>Total Asie</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>42</b>	<b>72%</b>	<b>44</b>	<b>28%</b>
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	3	5%	0	0%	3	2%
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>25%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>
<b>Statut civil</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Célibataire</b>	6	15%	9	16%	22	38%	37	24%
<b>Marié(e)</b>	31	79%	39	67%	31	53%	101	65%
<b>Conjoint de fait</b>	1	3%	5	9%	2	3%	8	5%
<b>Séparé(e) /Divorcé(e)</b>	1	3%	3	5%	3	5%	7	5%

<b>Veuf(ve)</b>	0	0%	2	3%	0	0%	2	1%
<b>Total</b>	39	100%	58	100%	58	100%	155	100%
<b>Enfants à charge</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Oui</b>	28	72%	40	69%	29	50%	97	63%
<b>Non</b>	11	28%	18	31%	28	48%	57	37%
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%

#### Expérience antérieure en lien avec la profession infirmière

Expérience antérieure	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Moins d'un an</b>	1	3%	3	5%	15	26%	19	12%
<b>Un à deux ans</b>	2	5%	5	9%	7	12%	14	9%
<b>Trois à cinq ans</b>	3	8%	2	3%	7	12%	12	8%
<b>Plus de cinq ans</b>	33	85%	44	76%	17	29%	94	61%
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	4	7%	12	21%	16	10%
<b>Total</b>	39	100%	58	100%	58	100%	155	100%

Expérience antérieure dans système de santé similaire	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Aucune</b>	29	74%	45	78%	42	72%	116	75%
<b>Moins d'un an</b>	2	5%	1	2%	1	2%	4	3%
<b>Un à deux ans</b>	3	8%	0	0%	4	7%	7	5%
<b>Trois à cinq ans</b>	2	5%	0	0%	2	3%	4	3%
<b>Plus de cinq ans</b>	3	8%	8	14%	4	7%	15	10%
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	4	7%	5	9%	9	6%
<b>Total</b>	39	100%	58	100%	58	100%	155	100%

Emploi à temps plein ou temps partiel durant la formation	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Oui</b>	4	10%	3	5%	10	17%	17	11%
<b>Non</b>	35	90%	55	95%	47	81%	137	88%
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%
<b>Total</b>	39	100%	58	100%	58	100%	155	100%

Changement de pratique	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>Pas du tout</b>	2	6%	0	0%	3	7%	5	4%
<b>Un peu</b>	16	47%	15	43%	4	9%	35	31%
<b>Modérément</b>	11	32%	9	26%	15	33%	35	31%
<b>Beaucoup</b>	4	12%	10	29%	16	36%	30	26%
<b>Ne sait pas/refus de répondre</b>	1	3%	1	3%	7	16%	9	8%
<b>Total</b>	34	100%	35	100%	45	100%	114	100%

#### Formation antérieure en lien avec la profession infirmière

Niveau de formation	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
<b>DEC</b>	27	69%	31	53%	44	76%	102	66%
<b>BAC</b>	9	23%	21	36%	12	21%	42	27%
<b>Études supérieures</b>	3	8%	6	10%	1	2%	10	6%
<b>Refus de répondre</b>	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%



<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	
<b>Parcours migratoire</b>									
<b>Années depuis la migration</b>	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	
Moins d'un an	2	5%	2	3%	1	2%	5	3%	
Un à deux ans	32	82%	38	66%	24	41%	94	61%	
Trois à cinq ans	3	8%	15	26%	10	17%	28	18%	
Plus de cinq ans	2	5%	3	5%	23	40%	28	18%	
Refus de répondre	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	
<b>Première expérience de migration</b>									
Oui	12	31%	13	22%	15	26%	40	26%	
Non	27	69%	45	78%	43	74%	115	74%	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	
<b>Contexte de la migration</b>									
Seul	8	21%	10	17%	27	47%	45	29%	
Avec conjoint ou mari	27	69%	40	69%	18	31%	85	55%	
Avec les enfants	20	51%	36	62%	9	16%	65	42%	
Avec parents ou membre de la famille	0	0%	0	0%	9	16%	9	6%	
Avec des amis	1	3%	1	2%	0	0%	2	1%	
Refus de répondre	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%	
<b>Statut d'immigration</b>									
Migrant professionnel ou économique	35	90%	48	83%	31	53%	114	74%	
Travailleur temporaire	0	0%	2	3%	17	29%	19	12%	
Visa d'études	0	0%	1	2%	1	2%	2	1%	
Parainnage	4	10%	1	2%	5	9%	10	6%	
Réfugiée	0	0%	4	7%	4	7%	8	5%	
Refus de répondre	0	0%	2	3%	0	0%	2	1%	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	
<b>Perspectives d'avenir</b>									
Moins d'un an	0	0%	2	3%	6	10%	8	5%	
Plus d'un an mais moins de trois ans	1	3%	1	2%	3	5%	5	3%	
Plus de trois ans mais moins de cinq ans	0	0%	0	0%	1	2%	1	1%	
Plus de cinq ans	26	67%	33	57%	32	55%	91	59%	
Ne sait pas	11	28%	19	33%	12	21%	42	27%	
Refus de répondre	1	3%	3	5%	4	7%	8	5%	
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	

### 12.13 Annexe 13

**Tableau XIV : Récapitulatif des caractéristiques des établissements de santé 1 à 9 (structure, processus, résultats), et descriptif de la clientèle DHQ ayant participé à l'étude**

	Établissement 1	Établissement 2	Établissement 3	Établissement 4
<b>Structure de l'établissement</b>				
<b>Localisation</b>	Centre-ville (3 sites)	Côte des Neiges	Côte des Neiges	Hochelaga-Maisonneuve
<b>Type d'établissement</b>	Centre hospitalier universitaire	Centre hospitalier universitaire	Centre hospitalier universitaire – soins spécialisés	Centre hospitalier affilié universitaire
<b>Réseau</b>	Francophone	Anglophone	Francophone	Francophone
<b>Stabilité du personnel</b>	Fort roulement	Faible roulement	Moyen roulement	Fort roulement
<b>Type de clientèle</b>	Multilingue et multiethnique	Multilingue et multiethnique	Multilingue et multiethnique; spécialisée	Plus homogène et francophone
<b>Offre les stages d'intégration en établissement</b>	Oui	Non	Oui (PRT)	Oui
<b>Présence de groupes /comités institutionnalisés de soutien destinés aux DHQ</b>	Non	Non	Oui plus un poste sur le comité de la relève	Oui
<b>Nombre d'infirmières DHQ ayant cité l'établissement comme employeur principal le 31 mars 2012</b>	N=209	N=86	N=67	N=76
<b>Pourcentage d'infirmières DHQ ayant l'établissement X comme employeur principal sur l'ensemble des infirmières DHQ de la région de Montréal le 31 mars 2012</b>	9.8%	4.0%	3.1%	3.6%
<b>Pourcentage d'infirmières DHQ sur l'ensemble des infirmières ayant l'établissement X comme employeur principal le 31 mars 2012</b>	9%	14,5%	5,7%	6,1%
<b>Processus du programme d'intégration des DHQ –Recrutement</b>				
<b>Type de recrutement</b>	Actif- parapublic: depuis 2002 Passif: recrutement AEC	RSQ Passif: AEC	Actif – parapublic : depuis 2002 Passif: recrutement DHQ-AEC (sauf que très peu)	RSQ Actif- parapublic : RSQ depuis 2002
<b>Types de contrats offerts (PTR, PRT)</b>	1 an, 2 ans	N/a	2 ans sauf si elle a la résidence permanente où c'est une embauche	1 an, 2 ans

**Processus du programme d'intégration des DHQ –étape 2 intégration en emploi**

**Période d'orientation initiale**

Identique que pour DQ, sauf si le nombre de DHQ permet une session spéciale pour DHQ

Identique que pour DQ

Identique que pour DQ + 2-3 jours si nécessaire

1 jour d'information générale + 3 jours de formation additionnelle pour le matériel et équipement spécifiques aux DHQ

**Résultats**

**Roulement des DHQ de l'étude – 1 an**

**Intention de rester – 3 ans**

**Intention de rester – plus de 5 ans**

**Description des DHQ**

**Profils**

**Âge**

**Région d'origine**

**Expérience antérieure**

**Formation BAC/maîtrise**

**Statut lors de la migration**

## 12.14 Formulaires de consentement