

Université de Montréal

La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la  
profession infirmière : expériences d'infirmières

Par

Stéphanie Carrier-Corbeil

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières

Option Expertise-Conseil

Juin 2016

© Stéphanie Carrier-Corbeil, 2016

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la  
profession infirmière : expériences d'infirmières

Présenté par

Stéphanie Carrier-Corbeil

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Chantal Caux, Ph.D., directrice de recherche

Isabelle Brault, inf., Ph.D., co-directrice de recherche

Véronique Dubé, inf., Ph. D., présidente du jury

Danielle D'Amour, inf., Ph.D. membre du jury

## Résumé

Lors de l'intégration d'infirmières nouvellement diplômées, nommées candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), ces dernières s'appuient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues infirmières afin de les guider dans les soins à offrir (Ballem et McIntosh, 2014 ; Fink, Krugman, Casey, et Goode, 2008). Ce type de collaboration permet de faire un transfert de connaissances (D'Amour, 2002 ; Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, et Drevniok, 2008) et d'augmenter la qualité des soins offerts (Pfaff, Baxter, et Ploeg, 2013). Cependant, cette collaboration peut être plus difficile à initier sur certaines unités de soins (Thrysoe, Hounsgaard, Dohn, et Wagner, 2012). La littérature disponible portant principalement sur l'expérience qu'en ont les infirmières débutantes, l'expérience des infirmières quant à ce phénomène est encore méconnue. Cette étude qualitative exploratoire inspirée de l'approche de théorisation ancrée avait pour but d'explorer l'expérience d'infirmières de l'équipe de soins quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI en centre hospitalier. Des entrevues réalisées auprès de huit infirmières ont été analysées selon la démarche de théorisation ancrée.

Les résultats de cette recherche ont mené à la schématisation de l'expérience d'infirmières quant à la collaboration durant l'intégration des CEPI. Cette schématisation souligne l'importance de la collaboration durant les différentes périodes d'intégration des CEPI ainsi que la complémentarité des rôles infirmiers dans l'équipe de soins, incluant l'assistante infirmière-chef, la préceptrice et l'infirmière soignante. Le résultat de cette collaboration est l'autonomie dans la tâche et le fait d'entrer dans l'équipe. En regard de cette schématisation, des recommandations ont été formulées pour la recherche, la formation, la gestion et la pratique.

**Mots clés :** Collaboration intra professionnelle, intégration, infirmières, candidates à l'exercice de la profession infirmière, milieu hospitalier, étude qualitative

## **Abstract**

When integrating newly graduated nurses, titled candidates for the profession of nursing (CPN), beginners frequently rely on the experience of their colleagues to guide them in providing care (Ballem and McIntosh, 2014 ; Benner, 1982; Fink, Krugman, Casey, and Goode, 2008). The establishment of such professional collaboration allows knowledge transfer (D'Amour, 2002 ; Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, and Drevniok, 2008) and increases the quality of care (Pfaff, Baxter, and Ploeg, 2013). However, the establishment of such collaboration may be difficult to initiate in some wards (Thrysoe, Hounsgaard, Dohn, and Wagner, 2012). The available literature focusing mainly on the experience that has novice nurses, nurses' experience of this phenomenon is still unknown. This exploratory qualitative study inspired by a grounded theory approach was aimed to explore nurses' experience of intra professional collaboration during the integration of CPN in medicine and surgery hospital wards. Semi-structured interviews with eight nurses were analyzed using grounded theory approach.

The results of this research led to the mapping of the nurses' experiences of collaboration during CPN integration. This mapping emphasizes the importance of collaboration during the various periods of the CPN integration and the complementary of nursing roles in the health care team, including assistant head nurse, preceptor and staff nurse. The result of this collaboration is the autonomy in task for the CPN and entering the team. Next to this mapping, recommendations were made for research, training, management and practice.

**Keywords:** intra professional collaboration, integration, nurses, candidates for the profession of nursing, hospital, qualitative study

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	v
Table des matières .....	vi
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Liste des abréviations .....	xii
Remerciements .....	xiii
Chapitre 1 : Problématique .....	1
Mise en contexte .....	3
Problème .....	5
But .....	9
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	10
Définitions des concepts clés .....	11
Collaboration .....	11
Intégration .....	13
Expérience des infirmières et des débutantes .....	14
Expérience des infirmières .....	15
Expérience de la collaboration .....	15
Expérience de l'intégration.....	17
Expérience des infirmières débutantes.....	20
Expérience de la collaboration.....	20
Expérience de l'intégration.....	21
Résumé de l'expérience des infirmières .....	23
Collaboration intra professionnelle .....	24
Facteurs influençant la collaboration.....	24
Impacts de la collaboration.....	29
Résumé de la collaboration .....	30

Intégration des CEPI .....	31
Caractéristiques des CEPI .....	31
Stratégies visant à faciliter l'intégration.....	33
Résumé de l'intégration des CEPI .....	36
Résumé de la recension des écrits .....	37
Cadre de référence .....	38
Paradigme de la transformation .....	38
Modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle.....	39
 Chapitre 3 : Méthode .....	 43
Devis .....	44
Milieu .....	46
Échantillonnage .....	47
Collecte de données .....	50
Analyse des données .....	52
Déroulement de l'étude .....	53
Critères de scientificité .....	55
Crédibilité .....	55
Originalité .....	56
Résonnance .....	56
Utilité .....	56
Considérations éthiques .....	57
Consentement .....	58
Confidentialité .....	58
Bénéfices et risques potentiels .....	59

Chapitre 4 : Article .....	60
Résumé .....	61
Introduction .....	62
Caractéristiques des CEPI .....	63
Définitions des concepts clés .....	64
Expériences d'intégration et de collaboration .....	65
But de l'étude .....	67
Cadre de référence .....	67
Méthode .....	68
Milieu .....	70
Échantillonnage .....	70
Collecte de données .....	72
Analyse des données .....	73
Considérations éthiques .....	73
Résultats .....	74
Équipe intra professionnelle .....	74
Expérience de collaboration intra professionnelle .....	76
Périodes d'intégration .....	81
Période d'orientation .....	81
Période post orientation .....	81
Fin des périodes d'intégration .....	83
Patient et qualité des soins .....	83
Discussion .....	86
Forces et limites de l'étude .....	93
Implications pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion .....	94
Conclusion .....	96

Conclusion .....	98
Références .....	101
Annexes .....	111
Annexe 1 : Tableau synthèse des écrits .....	112
Annexe 2 : Guide d'entrevue .....	126
Annexe 3 : Formulaire sociodémographique .....	130
Annexe 4 : Exemples d'analyse .....	132
Annexe 5 : Lettre d'invitation aux participantes .....	140
Annexe 6 : Formulaire de consentement .....	143
Annexe 7 : Instructions aux auteurs .....	150

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Informations sociodémographiques .....	72
Tableau 2 : Apport de la recherche .....	92

## Liste des figures

Figure 1 : Schématisation de l'expérience d'infirmières quant à la collaboration durant le processus d'intégration des CEPI.....	85
---	----

## Liste des abréviations

AIC	Assistante infirmières-chef
BAC	Baccalauréat
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
CRSHC	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
CRSNGC	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
DEC	Diplôme d'études collégiales
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FSI	Faculté des sciences infirmières
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé

## Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes deux directrices de recherche, Chantal Caux et Isabelle Brault, pour leur soutien indéfectible et leurs conseils judicieux tout au long de mon parcours au cycle supérieur. Vous avez toutes deux été des sources constantes d'inspiration et m'avez menée à me dépasser à chaque étape du projet.

Mes remerciements les plus sincères aux participantes de l'étude pour leur confiance et leur générosité. C'est grâce à vous que ce projet fut possible.

Aux membres de mon jury, Danielle D'Amour et Véronique Dubé, pour leur rétroaction et leurs conseils.

Je tiens également à remercier certaines personnes clés du milieu de recherche, qui m'ont soutenue dès le début du projet et qui ont facilité grandement le déroulement de l'étude, Nathalie Folch, responsable de la recherche, Daniel Malouin, conseiller en soins infirmiers, et Daria Lebidoff, infirmière-chef.

Finalement, à ma famille et mes amis qui ont su m'encourager et me soutenir dans cette aventure que fut mon parcours à la maîtrise.

## **Chapitre 1 : Problématique**

Au Québec, selon la définition de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2011), le titre d'emploi de candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) désigne les infirmières ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers, mais en attente de la délivrance d'un permis de pratique, ce dernier étant conditionnel à la réussite d'un examen d'entrée à la profession. Selon les statistiques de l'OIIQ, le nombre d'entrées à la profession a récemment atteint un nombre record depuis les années 1970 et la majorité de cette relève travaille dans des milieux de médecine et de chirurgie en centre hospitalier (OIIQ, 2014). La CEPI se situe au stade de débutant dans son parcours professionnel, qui correspond, selon Benner (1982), à la capacité, due à ses expériences, de donner un sens aux observations cliniques expérimentées, par exemple, en faisant des liens cliniques entre son évaluation et l'intervention à effectuer<sup>1</sup>. En période de début d'emploi, aussi appelée intégration<sup>2</sup> (Lacaze, 2007), les débutantes s'appuient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues infirmières afin de les guider dans les soins à offrir (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink, Krugman, Casey, et Goode, 2008). D'ailleurs, l'établissement d'une collaboration professionnelle, tel qu'entre les infirmières de l'équipe de soins et les débutantes, permet de faire un transfert de connaissances (D'Amour, 2002 ; Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, et Drevniok, 2008) et d'augmenter la qualité des soins offerts (Pfaff, Baxter, et Ploeg, 2013). Cependant, l'établissement d'une telle collaboration n'est pas spontané (D'Amour, 2002) et peut être plus difficile à initier sur certaines unités de

---

<sup>1</sup> Les CEPI en sont au stade de débutante dans leur profession, mais le terme d'infirmières débutantes ne désigne pas uniquement des CEPI, mais bien toute infirmière qui correspond à la définition de Benner (1982). Cependant, étant donné le nombre limité d'écrits utilisant le titre de CEPI, titre unique au Québec, le terme d'infirmière débutante sera utilisé ici de manière interchangeable avec le titre de CEPI.

<sup>2</sup> L'intégration ne doit pas être confondue avec la période d'orientation. L'intégration est la période de début d'emploi (Lacaze, 2007), mais n'est pas définie dans le temps et comporte plusieurs niveaux d'intégration simultanément, incluant l'intégration au sein d'une équipe et d'une organisation. L'orientation est généralement utilisée pour désigner la période définie dans le temps où une infirmière est introduite à un nouveau milieu clinique, et fait donc partie de l'intégration.

soins (Thrysoe, Hounsgaard, Dohn, et Wagner, 2012). Malgré l'importance des infirmières de l'équipe de soins au regard de la collaboration lors de l'intégration des CEPI, leur expérience est méconnue. Cette méconnaissance peut rendre difficile la mise en place d'interventions visant à faciliter l'établissement d'une telle collaboration lors de l'intégration des infirmières débutantes dans les milieux cliniques.

### **Mise en contexte**

Pour comprendre la problématique liée à l'expérience des infirmières quant à la collaboration lors de l'intégration de CEPI, il est important de s'intéresser au contexte dans lequel elle s'inscrit. Plus précisément, la complexité de la pratique infirmière (Richard, Gendron, et Cara, 2012) et du système de santé québécois représentent un défi de taille pour les infirmières, particulièrement pour les débutantes qui y font leur entrée (FCRSS, 2006 ; OIIQ, 2012). D'abord, la clientèle nécessitant des soins présente des besoins multiples (Dyess et Sherman, 2009), entre autres liés au vieillissement de la population, à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ainsi qu'à l'influence des habitudes de vie potentiellement nocives, telles que le tabagisme et la sédentarité (MSSS, 2011 ; OIIQ, 2012). D'autre part, les soins qui sont offerts à la clientèle se sont également diversifiés en raison du développement technologique et de l'avancement de la recherche (Clancy, 2004 ; Clancy, Effken, et Pesut, 2008; OIIQ, 2012).

Ainsi, la pratique infirmière a beaucoup évolué au cours des dernières années et nécessite d'acquérir davantage de compétences pour exercer à titre d'infirmière (OIIQ, 2012). S'ajoutant à ce contexte, la charge de travail élevée des infirmières demande d'exécuter les soins dans un

court laps de temps (Parker, Giles, Lantry, et McMillan, 2014 ; Pellico, Brewer, et Kovner, 2009). Tout comme les infirmières de l'équipe de soins, plusieurs débutantes sont ainsi confrontées au fait de devoir prendre soin de patients nécessitant des soins complexes, ce qui requiert une prise de décisions rapide, sans nécessairement un temps de réflexion approprié pour évaluer la situation adéquatement (Dyess et Sherman, 2009). Selon Herbig, Büssing et Ewert (2001), les professionnels plus expérimentés, comme les infirmières de l'équipe de soins qui côtoient les CEPI, seraient plus performants. Une bonne performance signifie entre autres que la qualité d'interventions face à une situation clinique serait supérieure, ce qui pourrait être expliqué par une anticipation globale du travail et l'utilisation de savoirs tacites basés sur l'expérience clinique (Herbig et al., 2001). En dépit de ce constat, les employeurs s'attendent à ce que les infirmières nouvellement diplômées soient tout aussi performantes que leurs collègues plus expérimentées et ce, dès leur début d'emploi (Lavoie-Tremblay et al., 2008 ; Parker et al., 2014).

Dans ce contexte exigeant du système de santé québécois, l'intégration présente des difficultés supplémentaires, autant pour les infirmières que pour les CEPI. Durant cette période, les débutantes s'appuient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues infirmières afin de les guider dans les soins à offrir (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink et al., 2008). Pour les infirmières de l'équipe de soins, cette sollicitation accrue de la part des recrues pourrait être considérées comme étant demandant et représenteraient une charge de travail supplémentaire (Ballem et McIntosh, 2014). Une différence marquée entre la préparation académique des débutantes et la réalité des milieux cliniques serait d'ailleurs constatée autant

par les infirmières des milieux cliniques (Ballem et McIntosh, 2014), que par les débutantes elles-mêmes (Duchscher, 2008 ; Feng et Tsai, 2012 ; Pellico et al., 2009). Plusieurs de ces dernières jugeraient également leurs habiletés techniques insuffisamment développées durant leur formation (Pellico et al., 2009).

Cette intégration est marquée par une transition entre le milieu académique et le milieu clinique pour les débutantes (Benner, 1982 ; Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Dyess et Sherman, 2009 ; Feng et Tsai, 2012 ; Pellico et al., 2009). Il s'agit d'une phase de chaos décrite comme étant un surplus d'informations (Clark et Springer, 2012), de sources professionnelles, telles que l'intégration de nouvelles connaissances, et environnementales, tel que le manque de personnel. Cette période susciterait, chez l'infirmière débutante, un sentiment de désorganisation, de déception envers soi et d'ambiguïté envers son rôle (Feng et Tsai, 2012). Durant cette transition vers les milieux cliniques, marquée par l'anxiété et le chaos (Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Feng et Tsai, 2012 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008 ; Romyn et al., 2009), la préoccupation principale des infirmières débutantes serait de s'intégrer dans l'équipe de soins, plus particulièrement l'équipe intra professionnelle (Anderson, Linden, Allen, et Gibbs, 2009 ; Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Fink et al., 2008 ; Malouf et West, 2011). Cependant, cet ajout d'un nouveau membre dans une équipe agit comme un stimulus menant à la transformation de la collaboration au sein de l'équipe (D'Amour, 2002).

### **Problème lié à la collaboration durant l'intégration**

La collaboration intra professionnelle désigne la collaboration entre collègues infirmières (Pepin, Kérouak, et Ducharme, 2010). C'est un processus d'échange, de partage de connaissances et de prise de décision (D'Amour, 2002). Les débutantes s'adressant aux

infirmières pour obtenir du soutien concernant la prise de décision, entre autres, concernant les soins aux patients et la communication avec d'autres professionnels de la santé (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink et al., 2008), constitue donc un exemple de collaboration intra professionnelle. Il y aurait réciprocité entre les débutantes et les infirmières d'expérience concernant le développement des connaissances (Hoare, Mills, et Francis, 2013). Cependant, l'établissement d'une telle collaboration n'est pas spontané (D'Amour, 2002) et peut être plus difficile à établir sur certaines unités de soins (Thrysoe et al., 2012). D'ailleurs, les interactions entre infirmières sont source de difficultés en milieu de travail, entre autres, dû à l'intensité de la charge de travail et à la nécessité de négocier entre elles. La négociation consiste, par exemple, à évaluer si leurs collègues sont disposés à entrer en relation avec eux (Duddle et Boughton, 2007). La manière d'interagir avec les autres infirmières de l'équipe s'apprendrait avec le temps jusqu'à devenir un processus inconscient (Duddle et Boughton, 2007). Pour l'infirmière débutante, la collaboration présente un réel défi, car elle est en transition et en intégration au sein de l'organisation (Pfaff, Baxter, et Ploeg, 2013), mais serait source de satisfaction au travail et de confiance dans les tâches à accomplir (Thrysoe et al., 2012). Si plusieurs écrits portent sur l'expérience de ces débutantes de la collaboration pendant l'intégration, peu s'intéressent à celle des infirmières de l'équipe et ce, malgré leur importance dans cette relation réciproque.

Pour les débutantes, la collaboration avec les membres de l'équipe permet de faire partie intégrante de cette dernière et d'offrir des soins de plus grande qualité (Pfaff et al., 2013). La collaboration entre infirmières est jugée particulièrement importante pour que les recrues puissent s'intégrer au sein d'une équipe interprofessionnelle (Pfaff et al., 2013). La collaboration intra professionnelle est donc le premier pas en direction de la collaboration interprofessionnelle et est une stratégie de transfert des connaissances jugée des plus efficaces par les infirmières

débutantes (Lavoie-Tremblay et al., 2008). Cependant, plusieurs facteurs peuvent influencer l'établissement de la collaboration au sein d'une équipe, incluant l'établissement d'une relation de confiance, le respect et le soutien, qui peuvent être des facilitateurs (Pfaff et al., 2013). Cependant, l'absence de ces facteurs d'équipe peut représenter une barrière à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Durant l'intégration, l'établissement d'une relation de confiance entre les débutantes et les infirmières de l'équipe peut prendre du temps, car les CEPI peuvent avoir l'impression que leurs collègues doutent de leurs capacités (Duchscher, 2008). Le refus de répondre aux questions des débutantes peut également être perçu comme un manque de respect entre collègues et est donc une barrière importante à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Dans la littérature, des comportements négatifs tels la critique, le manque de soutien et des propos négatifs de la part de leurs collègues infirmières (Dyess, et Sherman, 2009) seraient vécus par de nombreuses débutantes (Parker et al., 2014), soit près d'un tiers d'entre elles (Laschinger, Grau, Finegan, et Wilk, 2010 ; Vogelpohl, Rice, Edwards, et Bork, 2013). Ces comportements sont des barrières majeures à la collaboration intra professionnelle et affectent l'intégration des recrues (Freeling et Parker, 2015).

Plusieurs conséquences sont associées aux difficultés de collaboration intra professionnelle durant l'intégration. D'abord, les comportements négatifs, agissant comme barrière à la collaboration, peuvent mener à des conséquences telles l'épuisement professionnel, une diminution de l'effectif infirmier (Chandler, 2012 ; Laschinger, 2012) et l'insatisfaction au travail (Laschinger et al., 2010 ; Pfaff et al., 2013 ; Vogelpohl et al., 2013). L'ensemble de ces conséquences est également lié à une diminution de la qualité des soins offerts à la clientèle telle que perçue par les infirmières (Aiken, Clarke, et Sloane, 2002 ; Van Bogaert, Timmermans, Weeks, Van Heusden, Wouter, et Franck, 2014 ; Poghosyan, Clarke, Finlayson, et Aiken, 2010).

Un faible capital social, c'est-à-dire un soutien restreint de la part des collègues, est également associé à une diminution de la qualité des soins prodigués (Van Bogaert et al., 2014). De plus, la peur de paraître ignorantes auprès des collègues plus expérimentées peut inciter de nombreuses infirmières débutantes à ne pas poser leurs questions avant d'aller prodiguer les soins aux patients, ce qui peut entraîner une diminution de la qualité des soins qu'elles offrent (Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Thrysoe et al., 2012). Puisque le bien-être des infirmières est directement lié à celui des patients (FCRSS, 2006), il est nécessaire de porter attention à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration des CEPI.

La littérature disponible actuellement indique que l'expérience de collaboration des recrues auprès des infirmières durant l'intégration a été explorée dans plusieurs études, mais non celle des infirmières de l'équipe de soins. La collaboration est un processus d'échange (D'Amour, 2002) et n'est donc pas unilatérale. Or, aucun écrit n'a pu être identifié concernant l'expérience des infirmières de ce phénomène. Plusieurs écrits ont exploré les concepts de collaboration et d'intégration de manières indépendantes, mais s'intéressent principalement à l'expérience des débutantes. Certains écrits portent également sur l'expérience d'intégration des infirmières préceptrices, qui ont un rôle formel dans l'intégration des recrues, mais ne portent pas sur leur expérience de la collaboration. L'expérience des infirmières n'ayant pas un rôle formel auprès des CEPI durant l'intégration n'a pas réellement été explorée. De plus, aucune recherche réalisée dans le contexte québécois n'a pu être recensée concernant la collaboration durant l'intégration.

La littérature disponible actuellement ne permet donc pas de comprendre l'expérience des infirmières quant à la collaboration durant l'intégration de CEPI. Cette lacune dans la

littérature rend difficile la mise en place d'interventions visant à faciliter l'établissement de la collaboration durant cette période, particulièrement pour répondre aux besoins des infirmières. Considérant les impacts potentiels des difficultés de collaboration sur la qualité des soins offerts aux patients (Aiken et al., 2002 ; Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Poghosyan et al., 2010 ; Thrysoe et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2014), il importe d'explorer ce phénomène, afin d'être davantage en mesure d'intervenir sur les difficultés de collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI, et ce, en tenant compte autant de la collaboration des infirmières avec les CEPI que de la collaboration entre les infirmières de l'équipe de soins.

### **But**

Le but de cette recherche est d'explorer l'expérience d'infirmières de l'équipe de soins quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI en médecine-chirurgie en centre hospitalier.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Ce chapitre présente les principaux écrits théoriques et empiriques se rapportant aux concepts clés de l'étude. Dans un premier temps, les définitions des concepts clés de l'étude seront présentées, soit les définitions de la collaboration et de l'intégration. Puis, l'expérience des infirmières, autant l'expérience de l'intégration que de la collaboration telle que vécue par des infirmières de l'équipe de soins, préceptrices et débutantes seront présentées. Ensuite, la collaboration intra professionnelle sera abordée, incluant les facteurs qui l'influencent et les résultats qui en découlent. Puis, l'intégration des CEPI sera exposée avec une description des CEPI et des stratégies possibles pour la faciliter. Finalement, le cadre de référence de l'étude sera présenté ainsi que son influence sur le projet de recherche. Les écrits recensés ont été identifiés via divers moteurs de recherche, incluant Cinahl, PubMed, Cochrane, Google Scholar et Science Direct. Des mots clés tels *collaboration*, *newly qualified nurse*, *integration*, ont été utilisés avec divers synonymes, les combinant entre eux par des marqueurs booléens. Seuls les écrits en français et en anglais étaient recensés et datant de moins de dix ans, sauf exception. Seuls les écrits jugés pertinents concernant la problématique ont été retenus. Un tableau synthèse des écrits recensés est présenté en Annexe 1. Voici les résultats de cette démarche.

## **Définitions des concepts clés**

### **Définitions de la collaboration**

Plusieurs auteurs proposent des définitions différentes, mais, selon la revue de littérature sur le concept de collaboration réalisée par D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Baulieu (2005) plusieurs éléments sont communs à la majorité des définitions soit les notions de partage, de partenariat, d'interdépendance et de pouvoir. Selon l'analyse de concept de Henneman, Lee et Cohen (1995), la collaboration nécessite des compétences et de la confiance

et la clé de la collaboration serait le respect et la confiance entre les professionnels. La collaboration est définie par D'Amour (2002) comme « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (p.344). La collaboration peut être à plusieurs niveaux, dont interprofessionnel, interorganisationnel et intersectoriel (D'Amour, 2002). La collaboration intra professionnelle, le type de collaboration dont il est question dans la présente recherche, est définie par Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) comme la collaboration entre collègues infirmières, ce qui peut inclure également des infirmières en pratique avancée.

Il est également indispensable de clarifier les autres termes pouvant être confondus avec la collaboration. D'abord, la pratique collaborative est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010) comme étant l'action commune de travailleurs de la santé visant à offrir des soins de qualité en travaillant de pair avec les patients et leurs familles. Donc, la principale différence avec la collaboration professionnelle consiste en l'implication systématique des patients et des familles en plus des professionnels. Le terme de travail d'équipe est également souvent associé à la collaboration. En fait, selon D'Amour et al. (2005), le travail d'équipe est le contexte dans lequel se déroule la collaboration et non l'action de collaborer.

D'autre part, si les définitions de la collaboration reposent sur une approche ou un processus, ce concept peut être considéré comme une compétence. Entre autres, la collaboration est définie comme une compétence à acquérir, comme c'est le cas dans le référentiel de compétence de la Faculté des Sciences Infirmières (FSI) aux premier et deuxième cycles (FSI, 2010 ; 2014). Le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) (2010) a, quant à lui, conçu un référentiel de compétences pour la collaboration interprofessionnelle,

identifiant les compétences requises à ce type de pratique. Six domaines de compétences ont été identifiés soit la communication, les soins centrés sur la personne, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership et la résolution de conflits. La collaboration peut donc être perçue comme une compétence ou un ensemble de compétences. Finalement, la collaboration est également une obligation déontologique pour l'infirmière. Selon le code de déontologie des infirmières et infirmiers, « l'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de collaborer avec les professionnels du domaine de la santé qui donnent des soins, des traitements ou des services nécessaires au bien-être du client » (article 46).

### **Définition de l'intégration**

Selon Lacaze (2007), l'intégration est la période initiale d'emploi, qui est précédée par la socialisation anticipée et suivie par la gestion du nouveau rôle. La socialisation anticipée correspond à la période avant l'arrivée de la recrue dans l'organisation et la gestion du nouveau rôle correspond à l'acceptation du nouveau rôle dans l'organisation (Lacaze, 2007). L'intégration se déroule à quatre niveaux : organisationnel, collectif, du travail et personnel (Lacaze, 2007). Le niveau organisationnel fait référence à l'assimilation de la culture et du fonctionnement de l'organisation, tels les règlements (Lacaze, 2007). L'intégration collective est l'apprentissage du fonctionnement de l'équipe de travail pour être en mesure de s'y inscrire à part entière (Lacaze, 2007). L'intégration du travail correspond à l'acquisition de l'efficacité et de la rapidité dans l'exécution des tâches (Lacaze, 2007). Finalement, l'intégration individuelle correspond au deuil du rôle assumé antérieurement et à l'acceptation d'un nouveau rôle professionnel (Lacaze, 2007). De plus, à travers ce processus, Lacaze (2007) a identifié les différentes dimensions de socialisation qu'expérimentent les recrues en début d'emploi, soit la

définition du rôle face à la clientèle, la compréhension du travail, l'intégration au sein du groupe de travail et la connaissance de l'organisation. La définition du rôle face à la clientèle comprend les aspects relatifs à la manière d'interagir avec les usagers, ce qui est un apprentissage personnel (Lacaze, 2007). La compréhension du travail comprend l'appropriation des aspects techniques du travail, ce qui permet au nouveau personnel de devenir plus performant et plus rapide, et comprend également la coordination du travail avec les autres membres de l'équipe (Lacaze, 2007). L'intégration au sein du groupe fait référence à l'acceptation du nouveau par les autres, ce qui augmente la motivation au travail (Lacaze, 2007). Finalement, connaître l'organisation inclut les règles, les avantages sociaux et autres aspects organisationnels (Lacaze, 2007).

### **Expérience des infirmières et des débutantes**

Le but de la présente recherche est d'explorer l'expérience de la collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de CEPI selon l'expérience des infirmières de l'équipe de soins. Il faut donc se questionner sur l'expérience des infirmières. L'expérience est définie par le dictionnaire Oxford (2015) comme étant « le contact pratique et l'observation de faits ou d'évènements [Traduction libre] ». Cette recherche s'intéresse donc à la collaboration durant l'intégration de CEPI, telle que vécue par les infirmières qui l'ont expérimentée. Malgré l'absence de littérature portant spécifiquement sur l'expérience des infirmières de la collaboration durant l'intégration, des écrits se sont penchés sur l'expérience d'infirmières, assumant différents rôles au sein de l'équipe de soins, de la collaboration ou de l'intégration. D'une part, l'expérience des infirmières soignantes de la collaboration ainsi que de l'intégration des débutantes sera exposée, suivie de l'expérience des infirmières préceptrices, ayant un rôle

formel auprès des CEPI durant l'intégration. D'autre part, l'expérience des infirmières débutantes sera également abordée en regard de la collaboration et de l'intégration. Un résumé permettra finalement de comparer les expériences de ces infirmières selon la littérature recensée.

### **Expérience des infirmières**

Un nombre restreint d'écrits s'intéressent à l'expérience des infirmières de l'équipe de soins, qui n'ont pas un rôle formel auprès des débutantes, ainsi que celle des infirmières préceptrices concernant les concepts de collaboration et d'intégration. Une préceptrice est en relation formelle avec une infirmière ou étudiante moins expérimentée afin d'aider cette dernière à s'adapter à ses nouvelles fonctions dans le milieu clinique (AIIC, 1995, p3). Quelques écrits ont abordé l'expérience de ces infirmières au regard de la collaboration et de l'intégration séparément. L'expérience de la collaboration sera d'abord présentée, suivie de celle de l'intégration de débutantes.

**Expérience de la collaboration.** Les quelques écrits recensés portant sur l'expérience de collaboration intra professionnelle des infirmières sont tous des études de cas portant sur les aspects plus relationnels de la collaboration, et non la collaboration dans sa globalité. Ces études provenant de l'Australie, des États-Unis et du Canada permettent tout de même de comprendre partiellement l'expérience des infirmières. D'abord, l'étude de cas réalisée dans un centre hospitalier australien par Duddle et Boughton (2007) avait pour but d'explorer la manière qu'ont les infirmières d'interagir entre elles dans les milieux de travail, ce qui correspond à l'aspect relationnel de la collaboration intra professionnelle. Les résultats de l'étude indiquent que les interactions entre infirmières sont source de difficultés en milieu de travail, entre autres, dû à l'intensité de la charge de travail et à la nécessité de négocier entre elles. La

négociation consiste, par exemple, à évaluer si leurs collègues sont disposées à entrer en relation avec elles (Duddle et Boughton, 2007). La manière d'interagir avec les autres infirmières de l'équipe s'apprendrait avec le temps pour devenir un processus inconscient (Duddle et Boughton, 2007). Ces résultats découlent d'entrevues réalisées auprès d'infirmières d'unités de soins différentes et de gestionnaires. Cependant, aucune observation n'a été réalisée pour confirmer ces propos. Dans l'étude de Padgett (2013), des entrevues jumelées à de l'observation participante confirme la complexité des relations intra professionnelles, entre autres lorsque des différences sont constatées au niveau de la pratique entre les infirmières. Selon cette étude, l'autonomie serait davantage mise de l'avant que la collaboration, mais les infirmières reconnaissent l'importance de l'assistance mutuelle dans les tâches (Padgett, 2013). Une autre étude de cas réalisée auprès d'infirmières, dans un centre d'oncologie canadien, a identifié que les infirmières préféreraient collaborer en communiquant en face à face, plutôt que via courriels ou téléphone et que leur objectif en collaborant serait surtout de planifier, d'organiser et d'offrir les soins aux patients (Moore et Prentice, 2015). Elles désireraient collaborer également pour avoir des opportunités de développer des relations et pour apprendre (Moore et Prentice, 2015).

Une étude exploratoire mixte réalisée par Lamont, Brunero, Lyons, Foster et Perry (2015) s'est intéressée à l'expérience de collaboration d'infirmières ayant différents rôles de leader au sein d'équipe clinique, incluant les infirmières gestionnaires et formatrices. Selon cette étude, les participants ont exprimé l'importance de clarifier les rôles de chacun afin d'être en mesure de collaborer de manière optimale (Lamont et al., 2015). Cela permettrait de trouver un équilibre entre l'autonomie et la collégialité afin de travailler avec une vision commune (Lamont et al., 2015). Selon les infirmières rencontrées, certaines qualités personnelles sont plus propices à la collaboration, incluant le respect, le fait de soutenir ses collègues, d'être accessible.

Finalement, la proximité des infirmières dans les mêmes locaux permettrait de faciliter la collaboration en facilitant la communication entre elles (Lamont et al., 2015). De manière générale, les infirmières auraient une attitude positive concernant la collaboration et qu'elles reconnaîtraient l'importance de collaborer pour la qualité et la sécurité des soins aux patients, selon une étude descriptive comparative réalisée auprès d'infirmières et de médecins (Hughes et Fitzpatrick, 2010).

**Expérience de l'intégration.** Une étude narrative réalisée par Ballem et McIntosh (2014) ayant pour but d'étudier l'expérience des infirmières qui travaillent avec des infirmières nouvellement diplômées a identifié plusieurs thèmes. D'abord, à l'annonce de l'arrivée des recrues, les infirmières participant à cette étude ont exprimé à la fois une réjouissance d'avoir de la relève, ce qui pourrait diminuer les heures supplémentaires, mais également de l'anxiété liée à la possible hausse de la charge de travail (Ballem et McIntosh, 2014). Si les attentes des infirmières par rapport aux débutantes sont diverses, la majorité des participantes ont dénoncé le manque de préparation liée à la formation académique des débutantes (Ballem et McIntosh, 2014). D'autre part, l'arrivée des débutantes aurait mené plusieurs participantes à mettre à jour leurs connaissances, et ce, afin d'être en mesure de répondre aux questions et d'offrir des explications au besoin (Ballem et McIntosh, 2014). Cependant, la réponse aux questions et les explications auprès des nouvelles étaient considérées comme étant demandant pour les infirmières et représentait une charge de travail supplémentaire (Ballem et McIntosh, 2014). De plus, un thème identifié par cette recherche est le fait de porter la charge de travail des débutantes en plus de la charge de travail habituelle (Ballem et McIntosh, 2014). En effet, les infirmières se sentiraient responsables de la sécurité des patients recevant les soins d'une infirmière débutante, ce qui en mènerait plusieurs à ressentir une charge de

travail supplémentaire (Ballem et McIntosh, 2014). Il est toutefois important de noter que cette recherche a été réalisée auprès d'infirmières ayant, pour la plupart, une expérience de préceptrice auprès des débutantes, ce qui pourrait influencer leur expérience. La charge de travail supplémentaire a également été identifiée dans l'article de discussion de Henderson et Eaton (2013), qui mentionne le fait que certains gestionnaires considèrent les débutantes en orientation comme étant d'une aide supplémentaire, augmentant ainsi la charge de travail, malgré le temps requis pour la transmission des connaissances. Une revue des écrits réalisée par Freeling et Parker (2015) a exploré la littérature portant sur les perceptions des infirmières concernant les débutantes. Cet article, tout comme dans celui de Ballem et McIntosh (2014), identifie la perception des infirmières du manque de préparation des débutantes, autant sur le plan des compétences, du jugement clinique, de la confiance et de la préparation académique (Freeling et Parker, 2015). De plus, certaines infirmières démontreraient des comportements négatifs, comme de critiquer ou de rabaisser les débutantes, affectant ainsi l'intégration des recrues (Freeling et Parker, 2015).

Concernant l'expérience d'intégration des préceptrices, la revue intégrative des écrits réalisée par Omansky (2010) a identifié les principaux thèmes correspondant à l'expérience d'intégration des infirmières débutantes par les préceptrices. D'abord, les préceptrices trouveraient leur rôle ambigu et plusieurs d'entre elles auraient constaté une différence entre leur vision du préceptorat et la réalité de ce rôle (Broadbent, Moxham, Sander, Walker, et Dwyer, 2014 ; Omansky, 2010 ; Panzavecchia et Pearce, 2014). Les infirmières auraient également vécu un conflit entre leur rôle d'infirmière auprès des patients et leur rôle de préceptrice (Omansky, 2010 ; Richards et Bowles, 2012). Les préceptrices seraient préoccupées à tenter de prévenir les erreurs chez la débutante, d'assurer la qualité des soins (Myers, Reidy,

French, McHale, Chisholm, et Griffin, 2010), mais ressentiraient aussi du stress lorsque les soins aux patients limitent le temps passé à former les débutantes (Omansky, 2010). Le manque de temps et la surcharge de travail sont des barrières identifiées à l'exercice du rôle de préceptrices (Broadbent et al., 2014 ; Omansky, 2010). Les préceptrices auraient besoin d'une charge de travail allégée alors que les gestionnaires ont tendance à leur donner une charge augmentée puisqu'ils considèrent les recrues comme de l'aide pour la préceptrice (Omansky, 2010). Plusieurs éléments peuvent contribuer à motiver les préceptrices à assumer ce rôle, selon l'étude phénoménologique de Richards et Bowles (2012), incluant l'amour de l'enseignement, l'opportunité d'apprendre davantage ou encore la volonté de faire la différence pour la profession. Les préceptrices ayant elles-mêmes débuté dans la profession dans les dernières années seraient particulièrement sensibles à l'expérience des recrues (Richards et Bowles, 2012). Une étude mixte de Muir, Ooms, Tapping, Marks-Mara, Phillips et Burke (2013) souligne que l'impact du préceptorat, selon la perception des infirmières qui assument ce rôle, serait le développement des habiletés cliniques, des connaissances, du développement du rôle infirmier et des habiletés interpersonnelles des recrues. La principale récompense associée au fait d'agir à titre de précepteur serait de voir les débutantes évoluer (Richards et Bowles, 2012). De plus, le fait d'assumer le rôle de précepteur pourrait également avoir un impact sur leurs propres connaissances, sur leurs habiletés d'enseignement, sur leur habileté à soutenir émotionnellement les recrues et entraîner une compréhension accrue des besoins des infirmières de la relève (Muir et al., 2013). La réciprocité entre les débutantes et les infirmières d'expérience sur le développement des connaissances a également été identifiée dans une théorisation ancrée réalisée par Hoare et al. (2013). Plusieurs précepteurs se percevraient comme étant également des mentors auprès de débutantes (Richards et Bowles, 2012). D'autres adapteraient leur

approche selon le style d'apprentissage de la recrue et offrirait de la rétroaction (Richards et Bowles, 2012). Cependant, la préparation pour assumer ce rôle serait souvent inadéquate, insuffisante ou manquante (Broadbent et al., 2014 ; Chang, Lin, Chen, Kang, et Chang, 2015 ; Panzavecchia et Pearce, 2014).

### **Expérience des infirmières débutantes**

Puisque cette recherche s'intéresse au contexte de l'intégration des CEPI, qui sont des infirmières débutantes, il importe de s'attarder à leur expérience en lien avec les concepts de l'étude, la collaboration et l'intégration. Peu d'écrits portent directement sur l'expérience qu'ont les débutantes sur ces concepts, mais plusieurs recherches portant sur l'expérience en début d'emploi des recrues comportent des éléments se rapportant à la collaboration et à l'intégration.

**Expérience de la collaboration.** Une étude phénoménologique réalisée par Duchscher (2001) a exploré l'expérience des débutantes en début d'emploi en réalisant des entrevues à plusieurs mois d'intervalle et en analysant des journaux tenus par les débutantes. Selon cette étude, en début de carrière, les infirmières se sentiraient dépendantes de leurs collègues, dus à leur nombre élevé de questions et de demandes d'assistance, et ne se sentiraient pas assez compétentes pour formuler leurs opinions auprès des membres de l'équipe de soins (Duchscher, 2001). Les débutantes rechercheraient donc à affirmer leur indépendance auprès de leur collègue afin de se définir au plan professionnel (Duchscher, 2001). Malgré tout, une étude phénoménologique de Thrysoe et al. (2012) indique que les débutantes discutent avec leurs collègues de l'équipe de soins, non seulement de sujets professionnels, mais également personnels. En effet, les discussions de nature sociale, lors des pauses entre autres, augmenteraient le sentiment d'appartenance des nouvelles infirmières et faciliteraient par la

suite les discussions professionnelles (Thrysoe et al., 2012). Avec le temps, elles seraient en mesure de partager leurs opinions professionnelles auprès des membres de l'équipe et d'accepter davantage les avis des autres (Duchscher, 2001). D'autre part, le fait d'avoir à partager ou déléguer certaines tâches aux autres membres de l'équipe de soins est considéré comme une source d'anxiété pour les nouvelles infirmières, particulièrement lorsque leurs collègues sont plus expérimentées et plus âgées (Duchscher, 2008). Les infirmières débutantes, selon une étude descriptive de Clark et Springer (2012), désireraient obtenir davantage de connaissances sur des thèmes en lien avec la collaboration, entre autres, le travail d'équipe, la communication et la délégation de tâches.

**Expérience de l'intégration.** En début d'emploi, les infirmières débutantes seraient particulièrement concentrées sur l'appropriation des méthodes de soins et le fait de finir dans les temps, selon les standards de leur unité de soins (Duchscher, 2008). L'appropriation des habiletés techniques du travail correspond à l'intégration du travail selon le modèle de Lacaze (2007). Selon une revue de littérature réalisée par Higgins, Spencer et Kane (2010), les débutantes considèrent leurs connaissances et leurs habiletés insuffisantes pour la prise en charge des patients et l'exécution des tâches demandées et celles-ci auraient alors tendance à rechercher la performance plutôt que l'apprentissage. Plusieurs recrues critiqueraient d'ailleurs leur formation académique comme étant insuffisante pour les préparer à la réalité du travail, surtout par rapport au fait de ne jamais avoir eu à prendre en charge autant de responsabilités au cours de leurs études (Higgins et al., 2010). De plus, une crainte des infirmières nouvellement diplômées serait de ne pas offrir des soins de qualité suffisante à la clientèle (Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008).

Peu d'écrits abordent l'expérience des débutantes de l'intégration organisationnelle. Cependant, certains écrits mentionnent que plusieurs recrues peuvent être déstabilisées par la différence de valeurs véhiculées par l'organisation, comme la performance, comparativement à celle des milieux académiques, comme le *caring* (Feng et Tsai, 2012). Ensuite, concernant l'intégration personnelle, les débutantes vivraient une période d'anxiété et d'incertitude par rapport à leur nouveau rôle professionnel (Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2001 ; Duchscher, 2008 ; Higgins et al., 2010 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008). Dans les mois suivants, elles expérimenteraient un avancement rapide dans le développement de leurs connaissances et de leurs compétences, leur identité professionnelle étant toujours ébranlée, cette fois-ci par les incohérences et les problématiques du système de santé dans lequel elles travaillent (Duchscher, 2008). Plusieurs nouvelles infirmières se réfugient alors dans leur vie personnelle afin de pallier l'épuisement de leurs ressources individuelles (Duchscher, 2008). Cependant, elles ont davantage conscience de leur identité professionnelle et de leur rôle (Duchscher, 2008). Par exemple, les CEPI réaliseraient plus l'ampleur des responsabilités liées à leur rôle comparativement au rôle de stagiaire qu'elles assumaient auparavant. La recherche qualitative herméneutique réalisée aux États-Unis par Dyess et Sherman (2009) ajoute que les infirmières débutantes vivent un mélange émotionnel d'enthousiasme et de peur lié à leur rôle professionnel.

Concernant l'intégration collective, plusieurs chercheurs confirment que l'intégration au sein de l'équipe de soins serait la principale préoccupation des infirmières débutantes (Anderson et al., 2009 ; Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Fink et al., 2008 ; Malouf et West, 2011). Cette période est caractérisée par une contradiction, soit l'impression que leurs collègues doutent de leurs capacités parce qu'ils surveillent leur pratique et un sentiment d'abandon

lorsque cela n'est pas le cas (Duchscher, 2008). Elles vivraient également beaucoup d'anxiété liée aux interactions avec d'autres professionnels, surtout les médecins (Higgins et al., 2010). Une étude phénoménologique herméneutique réalisée par Thrysoe et al. (2012) précise que ces difficultés d'intégration collective vécues par les infirmières débutantes le sont le plus souvent au sein d'unités caractérisées par un manque de dialogue entre les membres de l'équipe concernant les problématiques vécues par chacun. Ces difficultés mènent alors les nouvelles infirmières à rester silencieuses lors des discussions professionnelles et peuvent mener à leur marginalisation (Thrysoe et al., 2012). Plusieurs infirmières débutantes sont confrontées à une atmosphère de travail non accueillante et à un manque de civilité de part de certaines collègues de travail (Duddle et Boughton, 2007). Cependant, cela n'est pas une situation vécue par l'ensemble des débutantes et, pour la plupart, l'intégration au sein de l'équipe apporte plutôt de nombreux avantages (Thrysoe et al., 2012). Effectivement, selon plusieurs, le contact avec des collègues plus expérimentés était source de satisfaction au travail et de confiance dans les tâches à accomplir (Thrysoe et al., 2012). Le fait de participer aux discussions concernant des problématiques spécifiques à l'unité de soins permettait aux infirmières de la relève d'apprendre et de valider leurs idées de solution (Thrysoe et al., 2012).

### **Résumé de l'expérience des infirmières**

En bref, l'expérience des infirmières débutantes et de l'équipe de soins concernant la collaboration et l'intégration comporte plusieurs similitudes, mais également des divergences liées au rôle. D'abord, l'expérience de collaboration des infirmières débutantes serait marquée par le besoin de prouver leur indépendance face à leurs collègues (Duchscher, 2001), ce qui peut les rendre réticentes à travailler en collaboration. Cependant, elles seraient plus en mesure de

partager leurs opinions professionnelles avec le temps (Duchscher, 2001). Les infirmières de l'équipe de soins, quant à elles, confirment que le temps facilite les interactions en collaboration avec l'expérience (Duddle et Boughton, 2007). Concernant l'intégration, l'expérience des débutantes et des préceptrices présentent de nombreuses similitudes. Autant les débutantes que les préceptrices vivraient une différence entre leur perception préalable de ce qu'est leur rôle comparativement à la réalité vécue (Broadbent et al., 2014 ; Feng et Tsai, 2012 ; Omansky, 2010 ; Panzavecchia et Pearce, 2014) ainsi qu'une impression d'être insuffisamment préparées à assumer leur rôle respectif (Broadbent et al., 2014 ; Chang et al., 2015 ; Higgins et al., 2010 ; Panzavecchia et Pearce, 2014). De plus, l'intégration serait une source d'apprentissage importante, et ce autant pour les débutantes que pour les préceptrices (Duchscher, 2008 ; Muir et al., 2013). Les infirmières de l'équipe de soins et les préceptrices jugeraient toutefois l'intégration de débutantes comme une augmentation de leur charge de travail (Ballem et McIntosh, 2014 ; Broadbent et al., 2014 ; Omansky, 2010) et une source de préoccupation concernant la qualité des soins prodigués par les débutantes (Ballem et McIntosh, 2014 ; Myers et al., 2010).

### **Collaboration intra professionnelle**

La collaboration intra professionnelle est le concept principal de l'étude. De nombreux écrits sur ce concept ont été recensés, permettant ainsi d'identifier les facteurs qui l'influencent et d'exposer les impacts qui peuvent découler de la collaboration.

#### **Facteurs influençant la collaboration**

Plusieurs facteurs ont une influence sur la collaboration. Entre autres, l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe transforme la collaboration déjà établie entre les membres de

l'équipe de soins (D'Amour, 2002). La revue de littérature réalisée par San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, et Ferrada-Videla (2005) a identifié trois catégories de déterminants de la collaboration, soient systémiques, organisationnels et interactionnels.

Les facteurs systémiques correspondent aux influences externes à l'organisation, incluant les systèmes sociaux, culturels, professionnels et éducationnels (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le système social est à la base des relations de pouvoir s'établissant entre les membres d'une équipe et l'égalité entre les membres est nécessaire à la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Une relation de pouvoir non équilibrée entre les membres de l'équipe, comme une différence marquée dans le statut social de différents professionnels, représente une barrière à la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le système culturel peut influencer la collaboration si les professionnels ont une culture axée vers l'autonomie ou vers la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le système professionnel, incluant les assises disciplinaires des différents professionnels et la protection du territoire professionnel de chacun, peut être une barrière potentielle à la collaboration (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le système éducationnel correspond aux connaissances transmises en milieu académique sur les autres professions, ce qui facilite l'établissement d'une relation collaborative (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Les facteurs organisationnels correspondent aux influences au sein même de l'organisation, dont la structure de l'organisation, sa philosophie, les ressources de l'équipe, le support administratif et les mécanismes de communication (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Une structure d'organisation flexible et décentralisée, comparativement à une structure traditionnelle, est plus propice au développement d'une vision commune, à une communication

et au travail d'équipe (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Une philosophie d'organisation faisant la promotion de la collaboration est également un facilitateur (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Ensuite, le soutien administratif, soit celui d'un *leader* dans l'équipe, est également facilitateur (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Concernant les ressources de l'équipe, l'espace et le temps pour collaborer sont essentiels (Moore et Prentice, 2015 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Smith, Lavoie-Tremblay, Richer, et Lanctot, 2010). Le fait d'avoir du temps permet aux infirmières d'être plus disponibles pour les interactions auprès des autres professionnels, leur permettant ainsi de discuter des patients et d'en arriver à des objectifs communs (Smith et al., 2010), ce qui correspond à la finalisation. De plus, des mécanismes de communication et de coordination sont requis pour collaborer (Moore et Prentice, 2015 ; Smith et al., 2010), ce qui est facilité par des mécanismes formels tels des protocoles et des documents standardisés (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Les facteurs interactionnels correspondent aux relations interpersonnelles des membres de l'équipe, incluant la volonté de collaborer, la confiance, le respect et la communication (Moore et Prentice, 2015 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005). La collaboration étant volontaire, les membres d'une équipe doivent en avoir l'intention, ce qui peut être influencé par l'éducation et l'expérience de chacun (San Martin-Rodriguez et al., 2005). La confiance est jugée comme un élément clé de la collaboration et peut être influencée par l'expérience et la compétence, entre autres (San Martin-Rodriguez et al., 2005). La communication permet, quant à elle, de connaître la contribution de chacun et d'en négocier les rôles (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Une étude de cas réalisée auprès d'infirmières en oncologie a identifié d'autres facteurs pouvant potentiellement influencer l'établissement de la collaboration intra professionnelle (Moore et Prentice, 2015). D'abord, les caractéristiques personnelles des infirmières pourraient influencer l'initiation des relations interpersonnelles nécessaires à la collaboration (Moore et Prentice, 2015). Par exemple, le sens de l'humour ou des intérêts communs pourrait être un facilitateur alors qu'une personnalité jugée difficile, telle que la réticence au changement, pourrait être une barrière (Moore et Prentice, 2015). De plus, certaines infirmières considéraient que l'ambiguïté de certains rôles infirmiers, comme les rôles en pratique avancée, représentait également une barrière (Moore et Prentice, 2015). De même, les différences générationnelles entre les infirmières pourraient également représenter une barrière à la collaboration (Moore et Prentice, 2015).

Une revue intégrative d'écrits réalisée par Pfaff, Baxter et Ploeg (2013) avait pour but d'analyser les facteurs influençant spécifiquement l'établissement de la collaboration interprofessionnelle par les infirmières débutantes. Les principaux facteurs identifiés par cette revue de littérature sont des facteurs individuels, des facteurs d'équipe et des facteurs organisationnels, chacune de ces catégories comportant des facilitateurs et des barrières (Pfaff et al., 2013).

Les facteurs individuels influençant la collaboration chez les débutantes sont la confiance en soi, l'expérience et les connaissances ainsi que les habiletés de communication. La confiance en soi est un facilitateur à la collaboration et cette confiance augmenterait avec le temps (Pfaff et al., 2013). Cependant, un manque de confiance est une barrière importante, car il peut mener les débutantes à limiter les contacts avec les autres professionnels, les rendre hésitantes à déléguer et même influencer négativement la relation qu'elles établissent avec les

patients et leur famille, surtout lorsqu'elles n'ont pas les réponses à leurs questions (Pfaff et al., 2013). L'expérience et les connaissances, particulièrement concernant la collaboration ou au plan clinique, sont des facilitateurs à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Cependant, ces éléments peuvent être des barrières à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Par exemple, un manque de connaissance sur les rôles des autres professionnels peut entraîner une confusion pour savoir à qui s'adresser pour discuter de l'évaluation du patient, certaines débutantes ne connaissent pas les éléments de l'évaluation clinique à communiquer lors des tournées ou encore, ne savent pas comment et à quel moment communiquer avec les autres professionnels (Pfaff et al., 2013). Ensuite, les habiletés de communication sont un facilitateur à la collaboration, surtout lorsque motivées par l'*advocacy* des débutantes (Pfaff et al., 2013). Par contre, elles peuvent être une barrière lorsque les CEPI ne sont pas capables de communiquer de manière professionnelle, n'ont pas des habiletés de résolution de conflits suffisantes ou si elles ne communiquent que de manière passive, en laissant l'équipe prendre l'ensemble des décisions (Pfaff et al., 2013). D'ailleurs, la communication était l'une des compétences requises à la collaboration selon le référentiel du CPIS (2010). Finalement, le sens critique des débutantes constitue un autre facilitateur.

Concernant les facteurs d'équipe, ils comportent les éléments suivants : respect, confiance et soutien. Si le respect au sein de l'équipe est un facilitateur, le manque de respect, tel que le refus de répondre aux questions de débutantes, est une barrière importante à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Le manque de soutien, surtout de la part des membres de l'équipe intra professionnelle est une autre barrière à la collaboration pour les débutantes, mais, lorsque ce soutien est présent il facilite l'établissement de la collaboration intra et interdisciplinaire (Pfaff et al., 2013). L'établissement d'une relation de confiance au sein de

l'équipe est également un facilitateur (Pfaff et al., 2013). Finalement, au plan organisationnel, le soutien de la part des *leaders* de l'organisation, tels que rendre disponible des programmes facilitant l'intégration, d'infirmières à titre de mentors, du soutien des gestionnaires et de modèles de rôle en collaboration, est un facilitateur (Pfaff et al., 2013). Dans le cas contraire, il s'agit d'une barrière (Pfaff et al., 2013).

### **Impacts de la collaboration**

Plusieurs écrits ont permis de comprendre davantage les résultats qui peuvent découler d'une relation de collaboration professionnelle dans le domaine de la santé, mais également les résultats d'un manque de collaboration.

D'abord, la collaboration entre infirmières est jugée particulièrement importante pour que les recrues puissent s'intégrer au sein d'une équipe interprofessionnelle (Pfaff et al., 2013). La collaboration intra professionnelle est donc le premier pas en direction de la collaboration interprofessionnelle et est une stratégie de transfert des connaissances jugée des plus efficaces par les infirmières débutantes (Lavoie-Tremblay et al., 2008). L'absence ou les barrières à la collaboration ont également des impacts importants et ce, autant pour les infirmières elles-mêmes que pour les patients. Comme soulevé dans la problématique, plusieurs débutantes peuvent être confrontées à des comportements négatifs dans les milieux cliniques de la part de leurs collègues infirmières (Laschinger et al., 2010 ; Parker et al., 2014 ; Vogelpoh et al., 2013), ce qui constitue une barrière à la collaboration et affectent l'intégration des recrues (Freeling et Parker, 2015).

Ces comportements négatifs ont de nombreux impacts sur les professionnels, incluant l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail et une diminution de l'effectif infirmier et

sont des facteurs qui sont associés à une diminution de la qualité des soins offerts à la clientèle (Aiken et al., 2002 ; Van Bogaert et al., 2014 ; Poghosyan et al., 2010). De plus, la peur de paraître ignorantes auprès des collègues plus expérimentées peut inciter de nombreuses infirmières débutantes à ne pas poser leurs questions avant d'aller prodiguer les soins aux patients, ce qui peut entraîner une diminution de la qualité des soins qu'elles offrent (Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Thrysoe et al., 2012). Un manque de collaboration pourrait également mener à une fragmentation des soins et à l'insatisfaction du patient (Henneman et al., 1995). Un sondage réalisé par Ma, Shang et Bott (2015) confirme que la collaboration permet de diminuer l'intention de quitter des infirmières, d'augmenter la satisfaction au travail et d'assurer une meilleure qualité de soins, selon la perception des infirmières. Donc, le manque de collaboration est associé à des conséquences pour les infirmières, mais également sur la qualité des soins. Selon les écrits recensés, l'impact sur la qualité des soins est évalué en se basant sur les perceptions des infirmières uniquement ; les conséquences concrètes sur la qualité des soins étant à explorer davantage.

### **Résumé de la collaboration**

Au regard des écrits recensés, il apparaît clair que la collaboration professionnelle peut apporter de nombreux bénéfices, tels le transfert de connaissances (D'Amour, 2002 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008) et l'augmentation de la qualité des soins offerts aux patients (Pfaff et al., 2013). Cependant, plusieurs facteurs et déterminants influencent l'établissement de la collaboration. Il est possible de constater que les compétences requises à la collaboration (CPIS, 2010), comme les habiletés de communication, sont présentes dans les facteurs d'influence, facilitant l'établissement de la collaboration si maîtrisées par les professionnels ou agissant

comme barrières si absentes. L'organisation a également une influence certaine sur la collaboration, par sa culture, ses *leaders* et sa structure (Pfaff et al., 2013 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Finalement, les relations entre les professionnels impliqués influencent également la collaboration, dont la volonté des acteurs à collaborer, le respect et la confiance (Moore et Prentice, 2015 ; Pfaff et al., 2013 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Le manque d'expérience, de compétences et de confiance des infirmières débutantes, comme les CEPI, pourrait agir comme une barrière supplémentaire (Pfaff et al., 2013). Comme l'intégration de nouveaux partenaires dans une équipe transforme la collaboration et que l'établissement de ce type de relation n'est pas spontané (D'Amour, 2002), il peut s'en suivre des difficultés de collaboration et des conséquences importantes pour les infirmières (Chandler, 2012 ; Laschinger, 2012 ; Laschinger et al., 2010 ; Pfaff et al., 2013 ; Vogelpohl et al., 2013), mais également pour les patients, car la qualité des soins offerts peut en être affectée (Aiken et al., 2002 ; Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Poghosyan et al., 2010 ; Thrysoe et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2014).

### **Intégration des CEPI**

L'intégration des CEPI constitue un autre concept clé de cette étude, car il correspond au contexte dans lequel l'expérience de collaboration sera étudiée. Puisqu'il s'agit d'un concept vécu par les CEPI, il importe de bien décrire les caractéristiques de ces professionnels. Ensuite, les niveaux d'intégrations seront présentés ainsi que les stratégies visant à faciliter l'intégration.

### **Caractéristiques des CEPI**

Il y a plusieurs éléments qui différencient les CEPI de leurs collègues infirmières, entre autres en ce qui a trait aux activités professionnelles autorisées. Les activités professionnelles

autorisées pour les CEPI sont identifiées dans le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers (2015). Selon ce règlement, les CEPI peuvent exercer la majorité des activités réservées avec quelques exceptions, où elles doivent collaborer avec une infirmière pour la prise de décision. Ces exceptions sont que les CEPI ne peuvent pas évaluer l'état physique ou mental d'un patient, faire la surveillance clinique de patients présentant certaines conditions spécifiques, initier des mesures diagnostic ou un traitement, vacciner, décider de l'utilisation de contentions, ajuster le plan thérapeutique infirmier et décider d'un plan de traitement pour les plaies (Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers, 2015). De plus, les CEPI doivent exercer sous la supervision d'une infirmière et ne peuvent pas travailler dans des établissements privés (Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers, 2015). Si les CEPI ne peuvent exercer ces activités de manière autonome, elles peuvent toutefois collaborer avec les infirmières de l'équipe de soins en discutant de leurs observations pour contribuer à l'évaluation d'un patient, en formulant leur opinion face à la prise de décision concernant l'utilisation de contentions, etc.

Les statistiques concernant l'effectif infirmier démontrent que 73 622 infirmières sont inscrites au tableau de l'OIIQ, l'âge moyen est de 42,1 ans et 39 % des infirmières sont titulaires d'un baccalauréat. En comparaison, les statistiques tenues par l'OIIQ (2014) concernant la relève de la profession infirmière ne présentent que les caractéristiques des infirmières nouvellement admises à la profession et qui ont donc réussi leur examen d'entrée et non celles des CEPI. Cependant, comme les infirmières nouvellement admises étaient CEPI jusqu'à peu de temps avant leur inscription au tableau de l'OIIQ, ces statistiques permettent tout de même

de tirer un portrait approximatif des caractéristiques des CEPI. Les statistiques tenues par l'OIIQ (2014) indiquent qu'en 2013-2014, 3676 permis d'exercice ont été délivrés à de nouvelles infirmières. De ce nombre, 2388 infirmières débutantes étaient titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers par rapport à 429 ayant obtenu un diplôme universitaire pour le programme initial en sciences infirmières. L'âge moyen est de 27,8 ans et 13 % sont des hommes (OIIQ, 2014). Plusieurs études ont démontré la possibilité de différences générationnelles entre les infirmières (Keepnews, Brewer, Kovner, et Shin, 2009 ; Wolff, Pesut, et Regan, 2010) ou encore de niveaux d'études différents (Wolff et al., 2010). D'autre part, chez la relève, 43 %, travaillent à temps complet, 48 % à temps partiel et 9 % sur une base occasionnelle (OIIQ, 2014). La majorité de la relève travaille dans des milieux de médecine et de chirurgie (OIIQ, 2014). Cinq ans après l'entrée à la profession, neuf infirmières sur dix sont toujours inscrites au tableau de l'OIIQ.

### **Stratégies visant à faciliter l'intégration**

Au Québec, pour être en mesure de pratiquer à titre de CEPI, il est obligatoire d'avoir complété un programme d'intégration permettant de consolider les apprentissages, démontrer ses habiletés et de se familiariser avec les politiques de l'établissement (OIIQ, 2015, a). Le programme national de soutien clinique du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) décrit les trois volets que doit contenir un programme d'intégration, soit l'accueil-orientation-intégration, le préceptorat et le mentorat (MSSS, 2008). Plusieurs écrits portent spécifiquement sur ce type de programmes et recommandent d'offrir un programme structuré d'intégration à l'embauche (Anderson, Hair, et Toderro, 2012 ; Hofler, 2008 ; Park et Jones, 2010 ; Missen et al., 2014 ; Tingleff et Gildberg, 2014). Selon la revue de littérature réalisée par Anderson et al. (2012), la majorité des programmes ont démontré un effet positif sur la performance et la

satisfaction au travail chez les infirmières débutantes ainsi qu'un sentiment accru de contrôle et d'autonomie dans leur pratique. De plus, une augmentation de la confiance et de la compétence de ces dernières et une augmentation de la rétention résulteraient de ce type de programmes (Missen, McKenna, et Beauchamp, 2014 ; Park et Jones, 2010).

Selon les meilleures pratiques, ces programmes devraient contenir deux volets, soit un volet théorique en salle de classe et un volet pratique en milieu clinique avec un précepteur (Missen et al., 2014 ; Park et Jones, 2010). Concernant le préceptorat, Anderson et al. (2012) proposent une durée idéale de six mois à un an. Le préceptorat peut parfois être jumelé avec du mentorat (Anderson et al., 2012 ; Tingleff et Gildberg, 2014). Les précepteurs devraient prendre en charge uniquement une infirmière nouvellement diplômée et devraient également recevoir de la formation préalable à l'application de ce rôle (Anderson et al., 2012 ; Haggerty, Holloway, et Wilson, 2013 ; Park et Jones, 2010). Cette formation devrait viser le développement d'habiletés facilitatrice pour l'apprenant et d'habiletés interpersonnelles (Haggerty et al., 2013). Selon les conclusions d'une étude qualitative phénoménologique réalisée par Zinsmeister et Schafer (2009) auprès d'infirmières nouvellement diplômées, les précepteurs devraient être soutenus dans l'acquisition de certaines connaissances, incluant les attentes par rapport à leur rôle, la façon d'établir des objectifs réalistes, les moyens de développer les compétences, les aptitudes de communication et le principe du modèle de rôle. De plus, des stratégies d'enseignement créatives, flexibles et diverses devraient être utilisées afin de répondre aux besoins des précepteurs (Luhanga, Dickieson, et Mossey, 2010). Le préceptorat est jugé comme étant un élément crucial dans l'intégration des infirmières nouvellement diplômées, mais peut également représenter un défi si le précepteur et l'infirmière débutante n'ont pas d'affinité (Tingleff et Gildberg, 2014). Concernant le contenu théorique, les meilleures stratégies seraient

d'organiser des moments pour que les infirmières débutantes puissent discuter entre elles et avec des infirmières en pratique avancée concernant des cas rencontrés (Anderson et al., 2012). Les recommandations découlant de cette revue systématique sont d'adapter le contenu des programmes d'orientation selon les besoins de la population et des situations susceptibles de survenir en milieu clinique, d'éviter de répéter les mêmes informations que les milieux académiques et varier les styles de stratégies pédagogiques comme l'étude de cas, les jeux de rôles, etc. (Anderson et al., 2012). Le contenu théorique comprend les éléments spécifiques au milieu hospitalier qui offre le programme, les sujets liés aux compétences de pratique, l'évaluation infirmière, les interventions, etc. (Anderson et al., 2012). Les stratégies d'enseignement comprennent l'enseignement magistral, des conférences, des discussions, etc. (Park et Jones, 2010). Les stratégies d'apprentissage utilisées devraient être adaptées aux personnes visées (Tingleff et Gildberg, 2014).

Une autre stratégie jugée efficace afin de faciliter l'intégration des infirmières nouvellement diplômées est de leur offrir des activités permettant de développer la compétence de la collaboration professionnelle (Anderson et al., 2012 ; Pfaff et al., 2013 ; Tingleff et Gildberg, 2014). Ce soutien devrait être adapté aux besoins identifiés pour les nouvelles diplômées (Newhouse, Hoffman, Suflita, et Hairston, 2007). D'ailleurs, la rotation entre diverses unités de soins durant la période d'orientation est intéressante pour voir d'autres unités, mais rend difficile de s'intégrer dans l'équipe (Tingleff et Gildberg, 2014). Le fait de s'intégrer dans une équipe de soins est l'une des principales préoccupations des infirmières nouvellement diplômées (Anderson et al., 2009 ; Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Fink et al., 2008 ; Malouf et West, 2011). D'ailleurs, les infirmières débutantes ont identifié différents thèmes sur lesquels elles désireraient obtenir davantage de connaissances ce qui inclut, entre autres, le

travail d'équipe, la communication, le professionnalisme, la gestion de l'intimidation en milieu de travail et la délégation de tâches (Clark et Springer, 2012). Pour faciliter l'intégration, il est recommandé d'inclure, soit en milieu académique ou dans les programmes d'intégration, des notions théoriques concernant la délégation de tâche, le rôle de l'infirmière par rapport à celui des autres professionnels et la résolution de conflit (Pfaff et al., 2013). Pour ce faire, il est indiqué d'utiliser le jeu de rôle comme stratégie d'enseignement (Clark et Springer, 2012 ; Dyess et Sherman, 2009). D'une part, pour faciliter la collaboration, il est jugé pertinent de simuler un appel interprofessionnel, en plus d'enseigner des méthodes de communications (Kramer et al., 2013). D'autre part, concernant la délégation, la stratégie la plus efficace serait des rencontres de groupe mensuelles pour discuter des résultats probants concernant la problématique (Kramer et al., 2013).

### **Résumé de l'intégration des CEPI**

Bref, l'intégration de nouveaux employés, comme les CEPI, se déroule simultanément à plusieurs niveaux, soit organisationnel, personnel, du travail et collectif (Lacaze, 2007). Selon les écrits portant sur l'expérience d'intégration des débutantes, l'intégration au sein d'une équipe, ce qui correspond à l'intégration collective, serait une préoccupation principale en début d'emploi (Anderson et al., 2009 ; Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Fink et al., 2008 ; Malouf et West, 2011). Les relations entre les membres d'une équipe étant un facteur influençant l'établissement de la collaboration (Moore et Prentice, 2015 ; Pfaff et al., 2013 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005), il est possible de déduire que l'intégration collective peut influencer la collaboration. Dans le but de faciliter l'intégration, les milieux cliniques québécois sont dans l'obligation d'offrir un programme d'intégration pour que les CEPI puissent exercer les activités professionnelles qui leur sont permises (OIIQ, 2015a).

### **Résumé de la recension des écrits**

Au regard des écrits recensés, il apparaît clair que l'intégration des débutantes dans les milieux cliniques présente une période intense pour les CEPI, malgré la mise en place de stratégies d'intégration. Leur arrivée dans les milieux cliniques modifie la collaboration déjà présente au sein de l'équipe (D'Amour, 2002), ce qui peut mener à des expériences positives pour les infirmières, incluant la mise à jour de leurs connaissances, mais également négatives, telles l'augmentation de la charge de travail (Ballem et McIntosh, 2014 ; Broadbent et al., 2014; Omansky, 2010) et les préoccupations liées à la qualité des soins (Ballem et McIntosh, 2014 ; Myers et al., 2010). Pour les débutantes, leur besoin d'indépendance face à leurs collègues peut les rendre plus réticents à travailler en collaboration (Duchscher, 2001). Le manque d'expérience, de compétences et de confiance des infirmières débutantes, comme les CEPI, pourrait agir comme une barrière supplémentaire (Pfaff et al., 2013). De plus, des barrières importantes comme des comportements négatifs de la part des collègues envers les débutantes nuisent à l'établissement de la collaboration et à l'intégration (Freeling et Parker, 2015). Les conséquences du manque de collaboration sont importantes pour les infirmières (Chandler, 2012 ; Laschinger, 2012 ; Laschinger et al., 2010 ; Pfaff et al., 2013 ; Vogelpohl et al., 2013), mais également pour les patients, car la qualité des soins offerts peut en être affectée (Aiken et al., 2002 ; Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Poghosyan et al., 2010 ; Thrysoe et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2014). La présente recherche vise à explorer l'expérience des infirmières quant à la collaboration durant l'intégration, qui, malgré une recension des écrits, demeure inconnue, malgré l'impact des problématiques de collaboration.

### **Cadre de référence**

Afin de guider l'approche de recherche pour atteindre le but de l'étude, un cadre de référence a été retenu, s'ajoutant à la position paradigmatique influençant le projet. Le paradigme infirmier dans lequel s'inscrit le projet est le paradigme de la transformation qui servira de toile de fond au projet, influençant la manière de concevoir le développement des connaissances. Le cadre retenu est le modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour (2002). Ce modèle guidera plus concrètement l'approche du concept principal de l'étude, la collaboration. Les détails concernant le paradigme et le cadre de référence ainsi que leur contribution au projet de recherche seront exposés dans les pages suivantes.

### **Paradigme de la transformation**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le paradigme infirmier de la transformation, qui s'apparente au paradigme constructiviste. Un paradigme est défini comme une façon de voir le monde qui influence le développement des savoirs d'une discipline, comme c'est le cas en recherche (Pepin et al., 2010). En sciences infirmières, les paradigmes influencent la définition des concepts centraux de la profession, soit les concepts de personne, de soins, d'environnement et de santé. La personne est définie comme un être unique qui se transforme au contact de son environnement, qui lui aussi se transforme au contact de la personne (Pepin et al., 2010). Dans le cadre de ce projet de recherche, la personne correspond, entre autres, aux infirmières qui seront rencontrées, qui sont toutes uniques et en interaction constante avec l'environnement. Par exemple, une infirmière se transforme au contact des CEPI et vice versa. Un chercheur se transforme également au contact des participantes à l'étude, ce qui mène à une co-construction

des savoirs. Quant à l'environnement, il correspond autant au lieu physique où aura lieu la recherche, mais également la culture de l'organisation, la société dans lequel le projet s'inscrit, etc. La santé correspond à un sentiment subjectif de l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit de la personne et le soin vise à rétablir cette harmonie (Pepin et al., 2010). Dans le cadre de ce projet de recherche, la santé fait référence au sentiment de bien-être et d'harmonie tel qu'exprimé par les infirmières elles-mêmes, plus particulièrement au regard de l'expérience de collaboration lors de l'intégration de CEPI. En bref, le paradigme de la transformation influence la manière d'aborder le concept de collaboration afin d'explorer l'expérience unique des infirmières rencontrées en prenant en considération l'environnement dans lequel elles s'inscrivent, et tout cela, dans un processus de co-construction des connaissances.

### **Modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle**

En plus du paradigme de la transformation, un cadre de référence fut retenu, soit le modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour (2002). Ce cadre permet de définir le concept clé de l'étude, la collaboration. Plus précisément, ce modèle identifie quatre dimensions à la collaboration qui s'influencent mutuellement, soit la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance, ainsi que les indicateurs qui leur sont reliés (D'Amour, 2002 ; D'Amour, Goulet, Labadie, San Martin-Rodriguez, et Pineault, 2008). Ces dimensions prennent en considération les facteurs individuels ainsi que les facteurs organisationnels (D'Amour et al., 2008) et sont donc sensibles aux interactions personne-environnement, comme c'est le cas dans le paradigme de la transformation.

La finalisation correspond à l'atteinte de buts communs au sein de l'équipe, ce qui est la principale motivation à travailler en collaboration (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008).

Pour être en mesure de reconnaître cette dimension, deux indicateurs ont été identifiés, finalités et allégeances. Les finalités font référence aux buts que l'équipe choisit de manière consensuelle (D'Amour et al., 2008). Une collaboration axée vers les besoins des patients est plus susceptible, par exemple, de rassembler les membres d'une équipe (D'Amour et al., 2008). Les allégeances correspondent aux intérêts des différents membres de l'équipe qui peuvent être influencés par le lien envers la clientèle, la profession ou encore l'organisation (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008). La force de ces diverses allégeances peut influencer la dynamique dans l'équipe et leur finalité (D'Amour, 2002). Entre autres, des acteurs ayant des allégeances différentes devront négocier afin d'identifier des buts communs malgré les divergences d'intérêts (D'Amour et al., 2008).

L'intériorisation correspond à l'esprit d'équipe s'établissant entre les acteurs, soit la prise de conscience de former une équipe (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008). Deux indicateurs sont également associés à cette dimension, soit l'interconnaissance et la relation de confiance. L'interconnaissance réfère au fait que les acteurs doivent apprendre à se connaître aux plans personnel et professionnel afin de collaborer efficacement (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008). Connaître les membres de l'équipe personnellement comprend la connaissance des valeurs et des compétences de chacun alors que la connaissance professionnelle correspond à connaître les assises professionnelles, l'approche de soins et l'étendue de pratique de chacun (D'Amour et al., 2008). Le deuxième indicateur de l'intériorisation est l'établissement d'une relation de confiance, ce qui permet de réduire l'incertitude des acteurs face à la collaboration (D'Amour et al., 2008). L'interconnaissance est nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance (D'Amour, 2002).

La formalisation est la clarification des attentes et responsabilités des membres de l'équipe (D'Amour et al., 2008). Pour reconnaître cette formalisation, deux indicateurs y sont associés, soit les outils de formalisation et les échanges d'information. Les outils de formalisation correspondent à ce qui est mis en place afin de partager de manière formelle les responsabilités entre les membres de l'équipe, tels des protocoles au sein de l'organisation ou autres (D'Amour et al., 2008). L'échange d'informations correspond aux dispositifs mis en place pour que les informations soient transmises entre les professionnels de manière rapide et complète (D'Amour et al., 2008). L'échange d'informations a également un impact sur l'établissement d'une relation de confiance et influence donc la dimension d'intériorisation (D'Amour et al., 2008).

La gouvernance est le *leadership* qui permet de soutenir la collaboration (D'Amour et al., 2008). Cette dimension comporte quatre indicateurs. Le premier est la centralité, soit une direction claire, venant entre autres de l'organisation, vers le travail en collaboration. Le deuxième indicateur est le *leadership* influençant la collaboration, provenant des leaders formels ayant un poste d'autorité ou des leaders informels au sein de l'équipe (D'Amour et al., 2008). Le troisième indicateur est le soutien à l'innovation, soit le soutien de l'organisation pour les changements de pratique ainsi que pour le processus d'apprentissage qui peut être nécessaire à la collaboration (D'Amour et al., 2008). Finalement, le dernier indicateur est la connectivité, qui correspond aux liens qui s'établissent entre les acteurs, ce qui permet de coordonner et d'ajuster le travail en collaboration et peut prendre différentes formes, tels des comités ou des systèmes de rétroaction (D'Amour et al., 2008).

L'ensemble de ces dimensions et des indicateurs leur étant associés permettent d'obtenir une compréhension globale du concept de collaboration professionnelle (D'Amour et al., 2008). L'ajout, dans la présente recherche, de ce cadre de référence permettra de guider la construction de l'outil de collecte de données afin d'explorer l'expérience des infirmières sur les différentes dimensions de la collaboration en lien avec le contexte spécifique de collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de CEPI. Ce cadre ne guidera pas l'analyse des données, mais permettra de guider la discussion des résultats obtenus.

Ce modèle conçu au Québec fut évalué dans différents contextes de collaboration, incluant la collaboration au sein d'équipes professionnelles, la collaboration entre organisations et la collaboration dans des réseaux intégrés de santé (D'Amour et al., 2008). La présente recherche s'inscrivant dans le contexte du système de santé québécois et s'intéressant à la collaboration au sein d'équipes professionnelles, ce cadre semble donc transférable. Même si ce modèle est conçu pour s'appliquer à la collaboration interprofessionnelle et inter organisationnelle (D'Amour et al., 2008), et non spécifiquement pour la collaboration intra professionnelle, les dimensions identifiées sont transférables à la collaboration entre des professionnels de la santé quelle que soit leur discipline. Le modèle est donc pertinent pour l'étude de la collaboration intra professionnelle chez les infirmières.

## **Chapitre 3 : Méthode**

Ce chapitre présentera les éléments méthodologiques de la recherche. D'abord, les éléments relatifs au devis de recherche retenu, au milieu, à la méthode d'échantillonnage, à la collecte de données et à l'analyse seront présentés. Ensuite, le déroulement de l'étude, les critères de scientificité et les considérations éthiques seront exposés. Finalement, les limites et retombées potentielles de l'étude seront détaillées.

### **Devis**

Cette recherche repose sur un devis qualitatif exploratoire inspiré de la théorisation ancrée. Un devis qualitatif permet une flexibilité nécessaire à l'étude de l'expérience d'une problématique, telle que rapportée par les individus touchés (Creswell, 2013) et permet de poursuivre de nouvelles pistes de recherche émergeant de l'analyse des données au cours de l'étude (Charmaz, 2014). Une étude exploratoire vise à mieux comprendre une problématique ayant peu été étudiée (Trudel, Simard, et Vonarx, 2007). Étant donné l'absence d'études ayant été réalisées sur l'expérience des infirmières quant à la collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de CEPI, un devis exploratoire offre une compréhension plus approfondie de cette collaboration et permet une grande flexibilité méthodologique (Trudel et al., 2007). Cette étude est inspirée par l'approche proposée par Charmaz (2014) de la théorisation ancrée. La théorisation ancrée est définie comme « une méthode rigoureuse pour mener une recherche dans laquelle les chercheurs construisent un cadre conceptuel ou théorique en réalisant des analyses théoriques inductives à partir des données et ensuite vérifier leurs interprétations théoriques [Traduction libre] » (Charmaz, 2014, p.343). Cette approche permet de construire un modèle ou une théorie à partir des données recueillies (Charmaz, 2014). Le but de la présente étude étant d'explorer l'expérience des infirmières, une telle approche permet d'inférer les éléments

constitutifs de cette dernière, de même que leurs interrelations. Il ne s'agit donc pas de construire une théorie, mais bien de représenter, sous forme de schéma, ces éléments et leurs interrelations.

Plusieurs auteurs proposent des approches différentes de la théorisation ancrée, incluant Glaser (1992), Strauss et Corbin (1990) et Charmaz (2014). L'approche de Charmaz (2014) fut retenue pour sa vision socioconstructiviste du processus de théorisation qui s'avère cohérente avec le paradigme dans lequel s'inscrit l'étude. La transformation mutuelle liée à l'interaction entre la personne et son environnement, soit entre le chercheur et les participantes, est donc prise en considération tout au long de la méthodologie de l'étude. Le caractère unique de chaque individu, les perceptions et réalités multiples ainsi que l'influence des interactions entre la personne et son environnement sont des éléments de l'approche de Charmaz (2014) qui sont cohérents avec le paradigme de la transformation. Cette approche est également cohérente avec le livre classique sur la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967) (Charmaz, 2014). Cependant, contrairement à la démarche dite classique, Charmaz (2014) propose une démarche flexible de la méthodologie en théorisation ancrée, ce qui est pertinent dans le cadre d'une étude exploratoire qui s'inspire de cette approche. La théorisation a d'ailleurs été utilisée pour étudier la collaboration sous différents angles, entre autres, la collaboration entre l'infirmière et les patients (Aein, Alhani, Mohammadi, et Kazemnejad, 2011 ; Sorensen, Frederiksen, Groefte, et Lomborg, 2013) et au sein d'équipes interprofessionnelles (Akeroyd, 2014 ; Baggs et Schmitt, 1997 ; Feng, Fetzer, Chen, Yeh, et Huang, 2010 ; Douglas et Machin, 2004). Ce devis est donc pertinent pour l'étude de la collaboration, le concept principal dans cette étude. Il est toutefois important de noter que la présente recherche est de devis exploratoire s'inspirant de la théorisation ancrée et non une théorisation ancrée *per se*. En effet, plusieurs choix

méthodologiques divergent de la méthode proposée de la théorisation ancrée. D'abord, selon Charmaz (2014), une théorisation ancrée doit être basée sur une quantité substantielle de données riches et détaillées et des données limitées, même si intéressantes, ne permettent pas d'obtenir une théorie nuancée. Étant donné l'envergure de ce projet de recherche, la quantité de données est limitée, ce qui permet d'explorer les concepts à l'étude et de représenter les résultats sous forme de schéma, et non de développer une théorie. Cette envergure fut déterminée en vue de la réalisation du projet dans le cadre de l'obtention d'un grade de maîtrise et devait donc être réalisable en deux ans. Ensuite, toujours selon Charmaz (2014), une théorisation ancrée doit être axée sur la création de modèles et non l'utilisation de modèles existants. Cependant, un cadre de référence a été retenu dans la présente recherche afin de guider la collecte de données. Le choix d'un cadre de référence permet, dans le cadre de cette étude, de s'assurer d'aborder l'ensemble des éléments constitutifs du concept central à l'étude, la collaboration et donc d'enrichir la collecte de données. La flexibilité du devis choisi permet donc d'adapter la méthodologie au concept de l'étude ainsi qu'à son envergure.

### **Milieu**

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire francophone au Québec. Le choix d'un centre francophone permettait de simplifier la démarche de collecte de donnée en une seule langue, évitant la traduction de la documentation utilisée. De plus, l'équipe responsable de l'intégration du personnel infirmier de ce milieu a exprimé un intérêt pour la collaboration lors de l'intégration de CEPI et une ouverture face au projet de recherche lors d'une rencontre avec l'étudiante-chercheuse. Plus précisément, une unité de soins de médecine chirurgie du centre hospitalier a été sélectionnée par des personnes clés du milieu clinique, soit les responsables de la recherche et de l'intégration du personnel infirmier, selon les critères

d'échantillonnage et les contraintes du milieu. Ce type d'unités a été ciblé, car il s'agit des endroits où sont intégrées le plus de CEPI (OIIQ, 2014), ce qui facilite l'exploration de l'expérience de la collaboration entre infirmières et CEPI. L'unité sélectionnée fut retenue pour plusieurs raisons. D'abord, il s'agit de l'une des unités de soins du milieu qui accueille le plus grand nombre de CEPI année après année, selon les personnes clés du milieu. Ensuite, le bassin de recrutement de l'unité permettait d'assurer un nombre suffisant de participantes. Uniquement sur les quarts de jour et de soir, un total de 61 infirmières a été recensé, dont près de la moitié d'entre elles correspondaient aux critères d'inclusion. Finalement, l'ouverture de l'infirmière-chef concernant ce projet de recherche et la possibilité de réaliser la collecte de données sur le quart de travail, ce qui n'était pas le cas avec les autres unités de soins potentielles, permettaient de faciliter le déroulement de l'étude.

Afin d'éviter l'identification des unités de soins à l'étude et des participantes, le nom du centre hospitalier et la spécialité des unités de médecine et chirurgie retenues ne seront pas précisés. De plus, seules les caractéristiques du milieu pouvant influencer les résultats de l'étude ou la transférabilité seront mentionnées dans l'étude de manière très générale, sans détails permettant de l'identifier. L'ensemble des mesures envisagées pour la protection de l'anonymat des participantes à l'étude sera exposé dans la section portant sur les considérations éthiques.

### **Échantillonnage**

Comme mentionné précédemment, une unité de soins en médecine et chirurgie ayant intégré des CEPI au cours de la dernière année a été ciblée, avec la collaboration des responsables de la recherche et de l'intégration du personnel infirmier du milieu. L'une des principales caractéristiques de la théorisation ancrée consiste en la concomitance de

l'échantillonnage, de la collecte de données et de l'analyse (Charmaz, 2014). L'étude a débuté avec un échantillonnage initial guidé par des critères d'inclusion qui tiennent compte des concepts de l'étude, soit l'expérience d'infirmières concernant la collaboration durant l'intégration de CEPI. Des critères de base ont permis de guider l'échantillonnage.

Les critères d'inclusion sont :

1. Être infirmière
2. Travailler à temps plein ou un minimum de 7 jours par deux semaines
3. Travailler sur une unité de médecine ou de chirurgie ayant intégré des CEPI au cours de la dernière année
4. Avoir été en contact avec des CEPI au cours de la dernière année

Chacun de ces critères d'inclusion fut identifié afin de permettre l'atteinte du but de l'étude. Le but de l'étude étant d'explorer l'expérience des infirmières quant à la collaboration, le premier critère d'inclusion permet de recruter uniquement des infirmières. Les CEPI et tout autre professionnel de la santé sont donc exclus. Le fait de travailler un minimum de sept jours en deux semaines ou à temps plein permet d'identifier des infirmières qui pourraient potentiellement avoir une expérience plus riche de la collaboration durant l'intégration par leur présence accrue sur l'unité, comparativement à des infirmières qui travaillent à temps partiel. Le troisième critère permet de cibler des participantes correspondant au milieu de l'étude. Finalement, le quatrième critère permet de recruter uniquement des infirmières qui ont côtoyé des CEPI durant la dernière année et qui ont donc une expérience récente à partager concernant la collaboration intra professionnel durant l'intégration de CEPI. Ce critère permet également

de recruter des infirmières qui ont travaillé auprès des CEPI de différentes manières, dont des préceptrices, des collègues de travail, des assistantes infirmières-chef, ou autre. L'ensemble de ces critères permet donc de guider un échantillonnage initial.

À partir de ces critères de base, la première participante a été recrutée et l'entrevue a été réalisée. Les données alors recueillies ont été analysées dès leur collecte et des questions ont alors été soulevées et consignées dans des mémos afin d'identifier les données manquantes à la compréhension de l'expérience étudiée. Deux autres participantes ont été recrutées à partir des critères de bases et le processus d'analyse a également permis d'identifier certains questionnements. Suite à l'analyse des données collectées avec l'échantillonnage initial, un échantillonnage théorique a été entrepris pour la suite de la collecte de données. L'échantillonnage théorique consiste à recruter des participantes permettant de répondre aux questions soulevées au cours de l'analyse des données (Charmaz, 2014). Ce type d'échantillonnage est guidé par l'analyse des données et la rédaction de mémos (Charmaz, 2014). Les avantages de l'échantillonnage théorique sont nombreux, puisqu'il permet de détailler les caractéristiques des catégories identifiées, d'assurer que l'analyse soit plus poussée et nuancée et d'explorer les liens existant entre les catégories (Charmaz, 2014). Dans la présente étude, des préceptrices ont été recrutées, car ces dernières étaient régulièrement nommées en entrevue et des questions émergeaient sur leur expérience. Le recrutement d'un assistant infirmier-chef a également été guidé par des questions soulevées en cours d'analyse.

La collecte des données est donc poursuivie auprès des nouvelles participantes et l'analyse qui s'en suit permet à l'étudiante-chercheuse de soulever de nouvelles questions. Les critères de sélection de base sont maintenus tout au long de l'échantillonnage, c'est pourquoi les

critères permettent une latitude au chercheur afin de permettre l'échantillonnage théorique. Le cycle se répète alors afin de tendre vers une saturation théorique. La saturation théorique est atteinte lorsque les données recueillies sont expliquées par le modèle (Charmaz, 2014). Dans la présente recherche, l'atteinte d'une saturation théorique était peu probable. Donc, le cycle se répète jusqu'à l'atteinte d'un nombre maximal de participantes pré établi selon l'envergure de l'étude, soit jusqu'à huit participantes.

### **Collecte de données**

En théorisation ancrée, la collecte de données riches et détaillées est essentielle (Charmaz, 2014). Dans le cadre de cette recherche, le phénomène d'intérêt étant l'expérience de la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI, un total de huit entrevues individuelles semi-structurées a été réalisé auprès d'infirmières pour explorer leur expérience.

Les entrevues semi-structurées sont d'une durée approximative de 40 minutes avec les huit infirmières recrutées. Les entrevues ont été réalisées hors des périodes de travail, sauf avec l'accord de l'infirmière-chef de l'unité, n'étaient pas rémunérés et la durée des entrevues pouvaient varier selon les disponibilités des participantes. Les entrevues semi-structurées permettent une flexibilité nécessaire à l'étude des perceptions et de l'expérience des participantes (Creswell, 2013 ; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) et permettent d'obtenir des données détaillées et riches (Bryman, 2004 ; Charmaz, 2014). Cette méthode de collecte de données permet d'explorer des expériences (Bryman, 2004), comme l'expérience de la collaboration intra professionnelle à partir des expériences antérieures vécues par les participantes.

Pour guider le chercheur lors d'entrevues semi-structurées, un guide d'entrevue composé de questions ouvertes peut être aidant (Charmaz, 2014). Un guide d'entrevue a donc été développé, inspiré des éléments du modèle de D'Amour (2002) (voir Annexe 2). Ce guide comporte trois sections : l'introduction, le corps de l'entrevue et la conclusion. L'introduction a pour but de présenter l'intervieweuse et de nommer le sujet de l'entrevue de manière générale. Le corps de l'entrevue a été organisé par thèmes (Bryman, 2004 ; Hermanowicz, 2002) avec quelques questions générales à aborder. Des données sociodémographiques ont été recueillies en début d'entrevue à l'aide d'un formulaire (voir Annexe 3) afin de permettre de contextualiser les réponses obtenues (Bryman, 2004). Charmaz (2014) indique qu'en regard du paradigme socioconstructiviste, les éléments contextuels influencent l'émergence des données en entrevues, incluant le statut professionnel, l'âge et le sexe. Ces éléments ont donc été inclus dans le formulaire sociodémographique. La conclusion vise à résumer les propos de la participante afin de s'assurer d'avoir bien compris l'essentiel du propos. Il est possible de sortir du guide d'entrevue au besoin afin d'obtenir des données plus variées (Bryman, 2004) et des notes pouvaient être prises au cours des entrevues, afin d'y inscrire des éléments à approfondir (Charmaz, 2014).

Les entrevues ont été enregistrées sur bandes audionumériques, avec le consentement des participantes, afin que l'intervieweur puisse garder un contact visuel avec la participante et offrir une plus grande écoute (Charmaz, 2014) et afin d'être en mesure de faire une transcription des verbatims par la suite. La collecte de données a été menée de décembre 2015 à mars 2016.

## Analyse de données

Une analyse de contenu a été réalisée selon la démarche proposée par Charmaz (2014). La première étape est le codage initial, qui nécessite de prendre connaissance rapidement des données collectées avec une perspective ouverte. Rapidement suite à une première entrevue, les données sont relues. Des codes sont alors associés à chaque segment du texte, formulés de manière à être le plus près possible des propos des participantes et en termes d'action, afin de refléter davantage l'expérience vécue (Charmaz, 2014). Tout au long de ce codage initial, les données sont comparées entre elles et, dès lors, les données peuvent être classées par thèmes et par processus. Ensuite, le codage spécifique, le *focused coding*, est fait en identifiant, en comparant les données, les codes les plus significatifs et les plus fréquents afin de regrouper un plus grand nombre de données (Charmaz, 2014). Finalement, le codage théorique est entrepris afin de faire ressortir le lien entre les codes (Charmaz, 2014). Cette démarche est entreprise pour chaque entrevue en s'assurant de comparer les données avec celles déjà obtenues. Cette analyse est faite avant de poursuivre avec une autre entrevue. Il est important de noter que les codes sont construits par celui réalisant l'analyse, car le choix du vocabulaire utilisé est influencé par la vision et l'interprétation individuelle des données (Charmaz, 2014). Afin de faciliter le processus d'analyse, le logiciel QDA Miner 4.1.16<sup>®</sup> fut initialement utilisé par l'étudiante-chercheuse. Après l'analyse de deux entrevues, l'outil Cmap tools<sup>®</sup> a été privilégié pour faciliter l'illustration des interrelations entre les codes. Des exemples d'entrevues analysées ainsi que des schémas préliminaires sont présentés en Annexe 4.

Tout au long de l'analyse, des mémos ont été rédigés afin d'y consigner les réflexions générées par l'analyse pour expliquer les codes, les compléter, faire émerger de nouvelles idées. Cette technique permet au chercheur de rester impliqué dans la construction des connaissances

(Charmaz, 2014). Ces mémos ont été identifiés avec un titre et la date de rédaction et stockés sur un support électronique ou papier. Les mémos ont été rédigés de manière informelle et ont été relus, révisés et complétés au besoin. Plusieurs avantages sont liés à la rédaction de mémos, incluant la possibilité de faire émerger des idées créatives et innovantes, de sauver du temps lors de la rédaction et de garder le chercheur impliqué tout au long de la recherche (Charmaz, 2014).

En cours d'analyse, les catégories construites sont représentées sous forme de schéma. La représentation visuelle des catégories permet de représenter les liens entre les codes et catégories et permet l'émergence de nouvelles idées en cours d'analyse (Charmaz, 2014). À cette étape, les mémos peuvent également être intégrés dans l'analyse et le schéma.

### **Déroulement de l'étude**

La première étape du déroulement de l'étude était de proposer le projet de recherche au milieu hospitalier identifié. La conseillère responsable de la recherche dans le milieu clinique ainsi que la responsable de l'intégration du personnel infirmier ont donc été contactées et l'intérêt du milieu pour le projet de recherche a été confirmé. Par la suite, le projet a été évalué en octobre 2015 par le comité d'approbation de l'Université de Montréal, composé de professeures de la Faculté des Sciences Infirmières (FSI) possédant une certaine expertise face au projet d'études. Suite à l'approbation de la FSI, le projet a été présenté à nouveau au milieu clinique, par l'entremise de la responsable de la recherche, afin d'obtenir l'engagement de la directrice des soins infirmiers envers le projet. Puis, le projet a été soumis en novembre 2015 au comité d'éthique du milieu clinique, celui-ci étant reconnu par l'Université de Montréal.

Suite à l'approbation du comité d'éthique, avec la collaboration de la responsable de l'intégration du personnel infirmier de l'établissement et la responsable de la recherche, une unité de médecine-chirurgie où des CEPI ont été intégrés au cours de la dernière année a été sélectionnée comme milieu de l'étude. Afin de faciliter les contacts entre le milieu clinique et l'étudiante-chercheuse au moment du recrutement, un conseiller en soins infirmiers du milieu a été mandaté par la responsable de la recherche comme intermédiaire. C'est donc en collaboration avec le conseiller en soins infirmiers que l'infirmière-chef de l'unité ciblée a été contactée afin de lui présenter le projet et d'obtenir son accord afin de commencer le recrutement des participantes.

Pour recruter les participantes à l'étude, une lettre d'invitation (voir Annexe 5) a été remise aux participantes potentielles par l'infirmière-chef des unités sélectionnées ou par l'étudiante-chercheuse. La lettre d'invitation a également été affichée dans la salle de repos des infirmières. Afin de s'assurer qu'il n'y ait aucune pression induite des infirmières-chefs sur les participantes potentielles, les participantes intéressées à participer contactaient directement l'étudiante-chercheuse pour signaler leur intérêt, sans que l'infirmière-chef en soit avisée. De plus, des séances d'informations d'une durée approximative de dix minutes ont été tenues sur plusieurs quarts de travail afin de présenter le projet de recherche et répondre aux questions des infirmières des unités de soins. Plus précisément, les infirmières ont été informées que des participantes à des entrevues étaient recherchées et des copies de la lettre d'invitation étaient alors disponibles pour les infirmières potentiellement intéressées. L'étudiante-chercheuse était également disponible pour répondre aux questions des participantes potentielles. Les modalités de ces séances d'information ont été déterminées en collaboration avec l'infirmière-chef de l'unité de soins.

Lorsque les participantes potentielles contactaient l'étudiante-chercheuse pour l'informer de leur intérêt à participer à la recherche, un rendez-vous était fixé à l'endroit et au moment désiré par la participante et l'entrevue avait lieu. L'analyse était alors réalisée suite à l'entrevue et le recrutement était poursuivi en parallèle, selon les résultats de l'analyse. L'échantillonnage, la collecte de donnée ainsi que l'analyse ont donc été réalisés en concomitance.

### **Critères de scientificité**

Charmaz (2014) énonce les principaux critères utilisés pour évaluer les recherches de théorisation ancrée, soit la crédibilité, l'originalité, la résonance et l'utilité. La présente recherche répond à l'ensemble de ces critères, assurant ainsi une rigueur scientifique.

#### **Crédibilité**

La crédibilité correspond à la vraisemblance des résultats de recherche. Pour assurer la crédibilité des résultats, selon Charmaz (2014), il faut être familier avec le milieu ou le sujet de recherche, obtenir un nombre approprié de données, faire de la comparaison constante et assurer des liens logiques forts dans l'analyse. Dans cette recherche, plusieurs séances d'échanges entre pairs permettent d'assurer la crédibilité des résultats. Des échanges avec les membres d'un comité d'approbation constitué des professeurs possédant une expertise liée au phénomène à l'étude ou à la méthodologie utilisée ont permis d'assurer une familiarité avec le sujet de recherche. Ensuite, des rencontres régulières entre l'étudiante-chercheuse et les directrices de mémoire permettent d'assurer la crédibilité de la démarche de recherche et la logique de l'analyse. Finalement, les données ont été comparées entre elles, par l'étudiante-chercheuse, de manière constante tout au long du projet de recherche.

## **Originalité**

L'originalité fait référence à l'émergence de nouvelles connaissances des résultats de la recherche (Charmaz, 2014) et correspond donc aux retombées de l'étude. Étant donné l'absence de littérature portant directement sur la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI, l'émergence de nouvelles connaissances était donc une forte possibilité. Les résultats de l'étude démontrent l'originalité du projet et sont présentés au chapitre 4.

## **Résonnance**

La résonnance signifie que les résultats de la recherche correspondent à la vision des participantes et expriment bien l'expérience de recherche (Charmaz, 2014). Aucune démarche formelle n'a été entreprise auprès des participantes à l'étude pour valider les résultats de l'étude, mais une vérification informelle a eu lieu au long de la collecte de données auprès des participantes, en s'assurant de la compréhension des propos lors des entrevues. Cela permet donc d'assurer une certaine résonnance des résultats.

## **Utilité**

L'utilité correspond à l'utilisation potentielle des résultats de l'étude (Charmaz, 2014). L'utilité de la présente recherche est démontrée par la formulation de nombreuses recommandations pour la recherche, la pratique, la gestion et la formation.

Si ces critères semblent spécifiques à la théorisation ancrée selon Charmaz (2014), ils font écho aux quatre critères de scientificité utilisés en recherche qualitative, soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). La

crédibilité correspond sensiblement au même critère que celui énoncé par Charmaz (2014). La fiabilité, quant à elle, correspond à l'uniformité des résultats de la recherche (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007), ce qui s'apparente à la résonance. La confirmabilité correspond à la probabilité que les résultats obtenus soient jugés exacts par des observateurs indépendants (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Pour ce faire, le chercheur doit consigner ses réflexions et les décisions prises en cours de recherche (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Cela a été réalisé, dans la présente étude, via l'utilisation des mémos. La fiabilité correspond à l'uniformité des résultats de la recherche (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Pour assurer la fiabilité, une vérification des résultats de cette recherche a été réalisée par les deux directrices de mémoire. L'analyse des données a toutefois été réalisée par l'étudiante-chercheuse seule, donc sans reproduction successive. La transférabilité est la possibilité d'utiliser les résultats dans d'autres contextes que celui du milieu à l'étude (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Pour augmenter la transférabilité, une description du contexte de la recherche doit être disponible pour le lecteur (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). C'est pourquoi les principales caractéristiques du milieu hospitalier où s'est déroulée l'étude ont été mentionnées précédemment. Finalement, les données sociodémographiques permettent également au lecteur de juger si les caractéristiques de l'échantillon de l'étude sont similaires à d'autres milieux.

### **Considérations éthiques**

Les aspects éthiques de cette recherche ont été évalués par le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier visé par l'étude, conformément à l'article 7.1 du code de déontologie des infirmières, qui énonce qu'une infirmière ne peut initier un projet de recherche qui n'aurait pas été évalué par un comité d'éthique reconnu. Les considérations éthiques de

cette étude sont basées sur l'énoncé de politique des trois conseils (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNGC), et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2014).

### **Consentement**

D'abord, un consentement volontaire, pouvant être retiré à tout moment, est obtenu auprès des participantes (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014, art.3.1). Les participantes potentielles aux entrevues individuelles se sont vus transmis les informations générales de l'étude, via la lettre d'invitation à la recherche, et l'étudiante-chercheuse était disponible pour répondre à l'ensemble de leurs questions. Une période de réflexion de quelques jours était planifiée afin de permettre aux participantes potentielles de prendre une décision libre et éclairée et le formulaire de consentement a été signé en présence de l'étudiante avant de débiter les entrevues (Annexe 6). Les participantes pouvaient se retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner de justification.

### **Confidentialité**

La confidentialité des données recueillies est garantie par la mise en place de stratégies de protection de l'information. Ces stratégies sont l'utilisation d'un code plutôt que les noms des participantes pour identifier les données leur étant associées. Au moment de la diffusion des résultats, des noms fictifs peuvent être utilisés. L'établissement n'est pas nommé afin d'assurer qu'aucune participante ne puisse être identifiée. De plus, les spécialités des deux unités de soins ciblées ne sont pas précisées, afin de réduire les chances d'identifier le milieu. Seules les caractéristiques du milieu ayant une influence sur les résultats de l'étude sont

mentionnées, mais en termes généraux, sans détails permettant son identification. Les données sont conservées de manière numérique sur un support protégé par un mot de passe. Les documents confidentiels, tels les formulaires de consentements signés et les formulaires sociodémographiques complétés, sont conservés sous clé dans un classeur. Les données seront détruites sept ans après l'étude. Les participantes désirant se retirer de la recherche peuvent demander à retirer les données leur étant associées à tout moment.

### **Bénéfices et risques potentiels**

Les bénéfices potentiels associés à la participation à l'étude sont l'avancement des connaissances en sciences infirmières face à un phénomène vécu par les participantes et la possibilité d'en faire émerger des recommandations concrètes concernant la problématique. Les risques et désavantages potentiels associés à l'étude comportent le temps requis pour la réalisation des entrevues, les déplacements possibles, les frais associés et la possibilité que des collègues de travail connaissent la participation à l'étude si la participante rencontre l'étudiante sur le lieu de travail. Pour diminuer ces risques, les participantes se sont vu offrir la possibilité de choisir le moment et le lieu où se déroulait l'entrevue.

## **Chapitre 4 : Article**

**Revue ciblée pour publication :** Revue francophone internationale de recherche infirmière  
Les consignes aux auteurs de cette revue sont présentées en Annexe 7.

**Titre :** Collaboration intra professionnelle durant l'intégration de débutantes : Exploration de l'expérience d'infirmières

### **Résumé**

Lors de l'intégration d'infirmières nouvellement diplômées, nommées candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) au Québec, Canada, ces dernières s'appuient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues infirmières afin d'être guidées dans les soins à offrir. Bien que ce type de collaboration contribue à la qualité des soins, elle peut être plus difficile à initier sur certaines unités de soins. Cette étude qualitative exploratoire inspirée de l'approche de théorisation ancrée avait pour but d'explorer l'expérience d'infirmières de l'équipe de soins quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI en centre hospitalier. Des entrevues réalisées auprès de huit infirmières ont mené à la schématisation de l'expérience d'infirmières quant à la collaboration durant l'intégration des CEPI. Cette schématisation met de l'avant l'importance de la collaboration durant les différentes périodes d'intégration des CEPI ainsi que la complémentarité des rôles infirmiers dans l'équipe de soins.

**Mots clés :** Collaboration intra professionnelle, intégration, infirmières, candidates à l'exercice de la profession infirmière, étude qualitative

## Introduction

Au Québec, le nombre d'entrées à la profession infirmière a récemment atteint un nombre record depuis les années 1970 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2014). La majorité de cette relève travaille dans les centres hospitaliers, plus précisément dans les départements de médecine et de chirurgie (OIIQ, 2014). Le titre d'emploi de candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) désigne les infirmières ayant obtenu un diplôme en soins infirmiers, mais qui sont en attente de la délivrance d'un permis de pratique, ce dernier étant conditionnel à la réussite d'un examen d'entrée à la profession (OIIQ, 2011). En période de début d'emploi, aussi appelée intégration (Lacaze, 2007), plusieurs études ont mis en évidence que les débutantes s'appuieraient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues afin de les guider quant aux soins à offrir (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink et al., 2008). Cependant, l'établissement d'une telle collaboration n'est pas spontané (D'Amour, 2002) et peut être problématique sur certaines unités de soins (Thrysoe et al., 2012).

Durant l'intégration, l'établissement d'une relation de confiance entre les débutantes et les infirmières de l'équipe peut prendre du temps, car les CEPI peuvent avoir l'impression que leurs collègues doutent de leurs capacités (Duchscher, 2008). De plus, le refus de répondre aux questions des débutantes peut être perçu comme un manque de respect entre collègues et est donc une barrière importante à la collaboration (Pfaff et al., 2013). Des comportements tels la critique, le manque de soutien et des propos négatifs de la part de leurs collègues infirmières (Dyess et Sherman, 2009) seraient subis par de nombreuses débutantes (Parker et al., 2014), soit près d'un tiers d'entre elles (Laschinger et al., 2010 ; Vogelpohl et al., 2013). Ce type de comportements deviendraient donc des barrières à la collaboration intra professionnelle et affectent ainsi l'intégration des recrues (Freeling et Parker, 2015).

Des conséquences sur la qualité des soins sont associées aux difficultés de collaboration intra professionnelle durant l'intégration. D'abord, la peur de paraître ignorantes auprès des collègues plus expérimentées peut mener de nombreuses infirmières débutantes à ne pas partager leurs interrogations avant d'aller prodiguer les soins aux patients (Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Thrysoe et al., 2012). Ensuite, un manque de collaboration pourrait également mener à une fragmentation des soins et à l'insatisfaction du patient, selon la perception des infirmières (Henneman et al., 1995). Finalement, les comportements négatifs, agissant comme barrière à la collaboration, peuvent mener, entre autres, à de l'épuisement professionnel, une diminution de l'effectif infirmier (Chandler, 2012 ; Laschinger, 2012) et l'insatisfaction au travail (Laschinger et al., 2010 ; Pfaff et al., 2013 ; Vogelpohl et al., 2013). L'ensemble de ces conséquences est lui aussi lié à une diminution de la qualité des soins offerts à la clientèle (Aiken, Clarke, et Sloane, 2002 ; Van Bogaert, Timmermans, Weeks, Van Heusden, Wouter, et Franck, 2014 ; Poghosyan, Clarke, Finlayson, et Aiken, 2010). L'impact sur la qualité des soins est évalué selon la perception des infirmières, mais les impacts concrets sur les soins restent méconnus. Bref, puisque le bien être des infirmières est directement lié à celui des patients (FCRSS, 2006), il devient nécessaire de porter attention à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration des CEPI.

### **Caractéristiques des CEPI**

Les statistiques concernant l'effectif infirmier montrent que 73 622 infirmières sont inscrites au tableau de l'OIIQ, l'âge moyen est de 42,1 ans et 39 % des infirmières sont titulaires d'un baccalauréat. Les statistiques tenues par l'OIIQ (2014) indiquent qu'en 2013-2014, 3676 permis d'exercice ont été délivrés à de nouvelles infirmières. De ce nombre, 2388 infirmières débutantes étaient titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers par

rapport à 429 ayant obtenu un diplôme universitaire issu du programme initial en sciences infirmières. L'âge moyen est de 27,8 ans et 13 % sont des hommes (OIIQ, 2014). Les activités professionnelles autorisées pour les CEPI sont identifiées dans le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers (2015). Selon ce règlement, les CEPI peuvent exercer la majorité des activités réservées, avec quelques exceptions, où elles doivent collaborer avec une infirmière pour la prise de décision. Ces exceptions sont que les CEPI ne peuvent pas évaluer l'état physique ou mental d'un patient, faire la surveillance clinique de patients présentant certaines conditions spécifiques, initier des mesures diagnostiques ou un traitement, vacciner, décider de l'utilisation de contentions, ajuster le plan thérapeutique infirmier et décider d'un plan de traitement pour les plaies (Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers, 2015). Si les CEPI ne peuvent exercer ces activités de manière autonome, elles peuvent toutefois collaborer avec les infirmières de l'équipe de soins pour l'évaluation d'un patient en discutant de leurs observations avec une collègue, par exemple. Pour comprendre davantage cette collaboration entre les CEPI et les infirmières durant l'intégration, des définitions des concepts clés s'imposent.

### **Définitions des concepts clés de l'étude**

Plusieurs auteurs proposent des définitions différentes de la collaboration, mais, selon la recension des écrits portant sur le concept de collaboration réalisée par D'Amour et al. (2005) plusieurs éléments sont communs à la majorité des définitions soit les notions de partage, de partenariat, d'interdépendance et de pouvoir. La collaboration est définie par D'Amour (2002) comme « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation

d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (p.344). La collaboration intra professionnelle, soit le type de collaboration dont il est question dans la présente recherche, est définie par Pepin et al. (2010) comme la collaboration entre collègues infirmières.

Concernant l'intégration, Lacaze (2007) la définit comme la période initiale d'emploi, qui se déroule à quatre niveaux : organisationnel, collectif, du travail et personnel (Lacaze, 2007). Le niveau organisationnel fait référence à l'assimilation de la culture organisationnelle et du fonctionnement de l'organisation, tels les règlements (Lacaze, 2007). L'intégration collective est l'apprentissage du fonctionnement de l'équipe de travail pour être en mesure de s'y inscrire à part entière (Lacaze, 2007). L'intégration du travail correspond à l'acquisition de l'efficacité et de la rapidité dans l'exécution des tâches (Lacaze, 2007). Finalement, l'intégration individuelle correspond au deuil du rôle assumé antérieurement et à l'acceptation d'un nouveau rôle professionnel (Lacaze, 2007).

### **Expériences d'intégration et de collaboration**

Selon les écrits, l'expérience des infirmières débutantes et de l'équipe de soins concernant la collaboration et l'intégration comporte plusieurs similitudes, mais également des divergences liées au rôle. D'abord, l'expérience de collaboration des infirmières débutantes serait marquée par le besoin de prouver leur indépendance face à leurs collègues (Duchscher, 2001), ce qui peut les rendre réticentes à travailler en collaboration. Cependant, cette réticence à collaborer diminuerait avec le temps (Duchscher, 2001). La manière d'interagir avec les autres infirmières de l'équipe s'apprendrait également avec le temps pour en devenir un processus inconscient (Duddle et Boughton, 2007). Concernant l'intégration, l'expérience des débutantes

et des préceptrices présentent de nombreuses similitudes. Une préceptrice est en relation formelle avec une infirmière moins expérimentée afin d'aider cette dernière à s'adapter à ses nouvelles fonctions dans le milieu clinique (AIIC, 1995, p. 3). Autant les débutantes que les préceptrices vivraient une dissonance entre leur perception préalable de ce qu'est leur rôle et la réalité vécue (Broadbent, 2014 ; Feng et Tsai, 2012 ; Omansky, 2010 ; Panzavecchia et Pearce, 2014) ainsi qu'une impression d'être insuffisamment préparées à assumer leur rôle respectif (Broadbent et al., 2014 ; Chang et al., 2015 ; Higgins et al., 2010 ; Panzavecchia et Pearce, 2014). Ainsi, l'intégration serait une source d'apprentissage majeure et ce, tant pour les débutantes que pour les préceptrices (Duchscher, 2008 ; Muir et al., 2013). Les infirmières de l'équipe de soins et les préceptrices percevraient l'intégration de débutantes comme une augmentation de leur charge de travail (Ballem et McIntosh, 2014 ; Broadbent et al., 2014 ; Omansky, 2010) et une source de préoccupation au regard de la qualité des soins prodigués par les débutantes (Ballem et McIntosh, 2014 ; Myers et al., 2010).

Toujours selon la recension des écrits, l'expérience de collaboration des recrues auprès des infirmières durant l'intégration a été explorée dans plusieurs études. Sachant que la collaboration est un processus d'échange (D'Amour, 2002), aucun écrit n'a toutefois pu être identifié concernant l'expérience des infirmières de ce phénomène. En fait, plusieurs écrits ont exploré les concepts de collaboration et d'intégration de manières indépendantes, mais se sont principalement intéressés à l'expérience des débutantes. Certains écrits portent également sur l'expérience d'intégration des infirmières préceptrices, qui ont un rôle formel dans l'intégration des recrues, mais sans aborder leur expérience de la collaboration. L'expérience des infirmières n'ayant pas un rôle formel auprès des CEPI durant l'intégration n'a pas réellement été explorée. De plus, aucune recherche réalisée dans le contexte québécois n'a pu être recensée concernant

la collaboration entre les infirmières et les CEPI durant l'intégration. La littérature disponible actuellement ne permet donc pas de comprendre l'expérience des infirmières quant à la collaboration durant cette intégration. Cette lacune rend difficile la mise en œuvre d'interventions visant à faciliter l'établissement de la collaboration durant cette période, particulièrement pour répondre aux besoins des infirmières. Considérant les impacts potentiels des difficultés inhérentes à la collaboration sur la qualité des soins offerts aux patients (Aiken et al., 2002 ; Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Poghosyan et al., 2010 ; Thrysoe et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2014), il importe d'explorer ce phénomène, afin d'être davantage en mesure d'intervenir pour pallier aux difficultés de collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI.

### **But de l'étude**

Cette recherche exploratoire avait pour but d'explorer l'expérience d'infirmières de l'équipe de soins quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI en médecine-chirurgie en centre hospitalier. Dans le contexte de la présente étude, la collaboration intra professionnelle désigne tant la collaboration des infirmières avec les CEPI que la collaboration entre les infirmières de l'équipe de soins.

### **Cadre de référence**

Afin de guider l'approche de recherche, le modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour (2002) a été retenu comme cadre de référence. Ce modèle identifie quatre dimensions à la collaboration qui s'influencent mutuellement, soit la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance, ainsi que les indicateurs qui leur sont reliés (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008). Ces dimensions prennent en

considération les facteurs individuels ainsi que les facteurs organisationnels (D'Amour et al., 2008) et sont donc sensibles aux interactions personne-environnement. La finalisation correspond à l'atteinte de buts communs au sein de l'équipe, l'intériorisation est la prise de conscience de former une équipe (D'Amour, 2002 ; D'Amour et al., 2008), la formalisation est la clarification des attentes et responsabilités des membres de l'équipe et la gouvernance est le *leadership* qui permet de soutenir la collaboration (D'Amour et al., 2008). L'ensemble de ces dimensions permet d'obtenir une compréhension globale du concept de collaboration professionnelle (D'Amour et al., 2008). L'ajout, dans la présente recherche, de ce cadre de référence a permis de guider la construction de l'outil de collecte de données afin d'explorer l'expérience des infirmières sur les différentes dimensions de la collaboration en lien avec le contexte spécifique de collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de CEPI. Ce cadre ne guide pas l'analyse des données, mais permet de guider la discussion des résultats obtenus.

### **Méthode**

Cette recherche repose sur un devis qualitatif exploratoire inspiré par l'approche de théorisation ancrée proposée par Charmaz (2014). Cette approche est définie comme « une méthode rigoureuse pour mener une recherche dans laquelle les chercheurs construisent un cadre conceptuel ou théorique en réalisant des analyses théoriques inductives à partir des données et ensuite vérifier leurs interprétations théoriques [Traduction libre] » (Charmaz, 2014, p.343). Ce devis permet de construire un modèle ou une théorie à partir des données recueillies (Charmaz, 2014). Le but de la présente étude est d'explorer l'expérience des infirmières et non de construire une théorie. Cependant, le fait de s'inspirer de la théorisation ancrée permet de représenter les résultats sous forme de schéma, qui illustre les interrelations entre différents

éléments ou concepts constitutifs de l'expérience des infirmières. L'approche de Charmaz (2014) est cohérente avec le livre classique sur la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967). La théorisation a d'ailleurs été utilisée pour étudier la collaboration sous différents angles, entre autres, la collaboration entre l'infirmière et les patients (Aein, Alhani, Mohammadi, et Kazemnejad, 2011 ; Sorensen, Frederiksen, Groefte, et Lomborg, 2013) et au sein d'équipes interprofessionnelles (Akeroyd, 2014 ; Baggs et Schmitt, 1997 ; Feng, Fetzer, Chen, Yeh, et Huang, 2010 ; Douglas et Machin, 2004). Enfin, contrairement à la démarche dite classique, Charmaz (2014) propose une démarche flexible de la méthodologie en théorisation ancrée, ce qui est pertinent dans le cadre d'une étude exploratoire qui s'inspire de cette approche. Ce devis est donc adéquat pour l'étude de la collaboration, le concept principal dans cette étude.

Il est toutefois important de noter que la présente recherche est de devis exploratoire s'inspirant de la théorisation ancrée et non une théorisation ancrée *per se*. En effet, plusieurs choix méthodologiques divergent de la méthode proposée de la théorisation ancrée. D'abord, selon Charmaz (2014), une théorisation ancrée doit être basée sur une quantité substantielle de données riches et détaillées et des données limitées, même si intéressantes, ne permettent pas d'obtenir une théorie. Étant donné l'envergure de ce projet de recherche, la quantité de données est limitée, ce qui permet d'explorer les concepts à l'étude et de représenter les résultats sous forme de schéma, et non de développer une théorie. Ensuite, toujours selon Charmaz (2014), une théorisation ancrée doit être axée sur la création de modèles et non l'utilisation de modèles existants. Cependant, un cadre de référence a été retenu dans la présente recherche afin de guider la collecte de données.

## **Milieu**

L'étude s'est déroulée sur une unité de médecine chirurgie d'un milieu hospitalier francophone au Québec, car il s'agit du type de milieu où est intégré le plus grand nombre de CEPI (OIIQ, 2014). Le choix d'un centre francophone permettait de simplifier la démarche de collecte de donnée en une seule langue, évitant la traduction de la documentation utilisée. De plus, l'équipe responsable de l'intégration du personnel infirmier de ce milieu a exprimé une préoccupation pour la collaboration lors de l'intégration de CEPI et une ouverture face au projet de recherche lors d'une rencontre avec l'étudiante-chercheuse. Plus précisément, une unité de soins de médecine chirurgie du centre hospitalier a été sélectionnée par des personnes clés du milieu clinique, soit les responsables de la recherche et de l'intégration du personnel infirmier, selon les critères d'échantillonnage et les contraintes du milieu. L'unité sélectionnée fut retenue pour le nombre élevé de CEPI intégrées à chaque année ainsi que l'ouverture de l'infirmière-chef face au projet de recherche.

## **Échantillonnage**

Des lettres d'invitation à la recherche furent distribuées aux participantes potentielles et des séances d'informations furent réalisées sur les unités ciblées. L'échantillonnage initial a été guidé par les critères d'inclusion suivants :

1. Être infirmière
2. Travailler à temps plein ou un minimum de 7 jours par deux semaines
3. Travailler sur une unité de médecine ou de chirurgie ayant intégré des CEPI au cours de la dernière année.
4. Avoir été en contact avec des CEPI au cours de la dernière année

Les données recueillies et retranscrites ont été analysées dès leur collecte afin de poursuivre avec un échantillonnage théorique. L'échantillonnage théorique consiste à recruter des participantes permettant de répondre aux questions soulevées au cours de l'analyse des données (Charmaz, 2014). Les avantages de l'échantillonnage théorique sont nombreux, puisqu'il permet de détailler les caractéristiques des catégories identifiées, d'assurer que l'analyse soit plus poussée et nuancée et d'explorer les liens existant entre les catégories (Charmaz, 2014). La collecte des données est donc poursuivie auprès des nouvelles participantes et l'analyse qui s'en suit permet à l'étudiante-chercheuse de soulever de nouvelles questions. Le cycle s'est répété pour un recrutement de huit participantes. La récurrence des données collectées a permis de valider que cette taille d'échantillon permettait de tendre vers une saturation théorique, même si celle-ci n'a pas été totalement atteinte. L'échantillonnage théorique a mené à réaliser des entrevues auprès d'infirmières ayant différents rôles au sein de l'équipe de soins en regard à la collaboration durant l'intégration de CEPI, incluant des infirmières soignantes, des infirmières préceptrices et une assistante infirmière-chef (AIC). Les détails concernant les caractéristiques de l'échantillon sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Informations sociodémographiques

Nombre de participantes	8
Poste	Infirmière : 7 AIC : 1
Âge	Moyenne : 37 ans
Sexe	Femme : 7 Homme : 1
Quarts de travail	Jour : 7 Soir : 1
Expérience de travail	Moyenne : 11 ans Moyenne sur l'unité : 9 ans
Expérience comme préceptrice	Au cours de la dernière année : 4 Dans les 5 dernières années : 1 Il y a plus de 5 ans : 1 Jamais : 2

### Collecte de données

Des entrevues individuelles semi-structurées d'une durée moyenne de 40 minutes ont été menées auprès de huit infirmières. Les entrevues semi-structurées permettent une flexibilité nécessaire à l'étude des perceptions et de l'expérience des participantes (Creswell, 2013 ; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) et permettent d'obtenir des données détaillées et riches (Bryman, 2004 ; Charmaz, 2014). Pour guider la chercheuse lors d'entrevues semi-structurées, un guide d'entrevue inspiré des éléments du modèle de D'Amour (2002) fut conçu. Des données sociodémographiques ont été recueillies en début d'entrevue à l'aide d'un formulaire afin de permettre de contextualiser les réponses obtenues (Bryman, 2004). Les entrevues ont été enregistrées sur bandes audionumériques, avec le consentement des participantes puis retranscrites. Suite au recrutement, des entrevues ont été réalisées avec huit infirmières.

## **Analyse des données**

Une analyse de contenu a été réalisée selon la démarche proposée par Charmaz (2014). La première étape est le codage initial, qui nécessite de prendre connaissance rapidement des données collectées avec une perspective ouverte (Charmaz, 2014). Des codes sont alors associés à chaque segment du texte, formulés de manière à être le plus près possible des propos des participantes et en termes d'action. Tout au long de ce codage initial, les données sont comparées entre elles et, dès lors, les données pourront être classées par thèmes et par catégories (Charmaz, 2014). Ensuite, le codage spécifique est fait en identifiant, en comparant les données, les codes les plus significatifs et les plus fréquents afin de regrouper un plus grand nombre de données (Charmaz, 2014). Finalement, le codage théorique est entrepris afin de faire ressortir le lien entre les codes (Charmaz, 2014). En cours d'analyse, les catégories construites sont représentées sous forme de schéma. La représentation visuelle des catégories permet de représenter les liens entre les codes et catégories et permet l'émergence de nouvelles idées en cours d'analyse (Charmaz, 2014).

## **Considérations éthiques**

Cette recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique du milieu de recherche. L'étude respectait les normes exigées en matière d'éthique de la recherche, incluant l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part des participantes, pouvant être retiré à tout moment (CRSHC, CRSNGC et IRSC, 2014, art.3.1). La confidentialité des données recueillies est garantie par la mise en place de stratégies de protection de l'information, dont l'utilisation d'un code et d'un nom fictif plutôt que les noms des participantes pour identifier les données leur étant associées.

## Résultats

Cette étude visait à explorer l'expérience des infirmières quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI. L'équipe intra professionnelle est donc centrale au processus de collaboration durant l'intégration. Cette équipe est composée d'infirmières assumant différents rôles dans l'équipe, incluant les préceptrices, les infirmières soignantes et l'assistante infirmière-chef (AIC). L'équipe est liée par la collaboration entre ses membres et par leurs expériences qui s'influencent mutuellement. La CEPI est légèrement à l'écart de l'équipe, quoiqu'en relation étroite avec la préceptrice. Afin de faire partie intégrante de l'équipe intra professionnelle, elle doit traverser les différentes périodes d'intégration, soit l'orientation et la période post orientation. Le patient et la qualité des soins qui lui sont offerts sont au cœur de l'intégration et de l'expérience de collaboration des infirmières. Les prochaines sections présentent en détail l'ensemble des résultats.

**Équipe intra professionnelle.** Au sein de l'équipe de soins, les infirmières assument différents rôles, incluant le rôle de préceptrices, d'AIC et d'infirmière soignante. Selon les infirmières rencontrées, leur expérience de collaboration est influencée par le rôle qu'elles assument au sein de l'équipe. Seuls ces trois rôles distincts ont été identifiés par les participantes comme faisant partie de l'équipe intra professionnelle. Si d'autres rôles infirmiers ont été mentionnés, comme celui de l'infirmière-chef, ils étaient considérés comme étant à l'extérieur de l'équipe. Les CEPI quant à elles, sont légèrement à l'extérieur de l'équipe, car elles doivent traverser les périodes d'intégration afin d'en faire partie à part entière. Elles sont toutefois en relation étroite avec la préceptrice dès le début de l'intégration.

D'une part, pour la préceptrice, la collaboration est particulièrement intense au début de l'intégration, soit en période d'orientation. En effet, la préceptrice a un rôle formel auprès de la CEPI lors de l'orientation, devant lui enseigner le fonctionnement de l'unité de soins et l'accompagner quotidiennement jusqu'à la fin de cette période d'une durée approximative de 21 jours. Cette proximité entre la préceptrice et la CEPI lui confère un rôle d'intermédiaire entre la CEPI et les autres membres de l'équipe intra professionnelle. Par exemple, elle peut présenter la débutante à ses collègues et encourager la CEPI à interagir avec les autres infirmières de l'équipe. La préceptrice contribue ainsi à ce que la CEPI et les membres de l'équipe apprennent à se connaître, sur le plan professionnel et personnel. Une préceptrice l'exprime ainsi :

« Au début, on est comme en symbiose toutes les deux, mais après, mon but c'est de l'amener aussi à se servir des autres intervenants. [...] Moi, des fois, je leur cible des personnes : Si tu as besoin d'aide, elle, c'est une bonne ressource »  
(Infirmière # 4).

Plusieurs infirmières rencontrées ayant assumé le rôle de préceptrice expriment toutefois avoir un sentiment de responsabilité face au résultat de leur collaboration avec les CEPI, telle une fierté lorsque la CEPI travaille selon les standards de qualité de la préceptrice ou de déception lorsque ce n'est pas le cas. Une infirmière ajoute que les collègues de travail évaluent la préceptrice selon le travail de la CEPI : « J'ai l'habitude d'entendre : « Qui avait orienté cette CEPI ? ». Quand la CEPI commet une erreur, la première chose qu'ils vont aller vérifier c'est qui a orienté cette personne. » (Infirmière # 6).

D'autre part, les infirmières soignantes collaborent, quant à elles, plus étroitement avec la CEPI en période post orientation, c'est à dire lorsque la CEPI n'est plus jumelée avec une préceptrice. Leur rôle est alors informel, contrairement à la préceptrice, et elles collaborent avec les CEPI pour répondre à des besoins ponctuels, sans toutefois avoir la charge de la formation

et de l'évaluation de la débutante. Une infirmière fait la distinction entre l'implication de la préceptrice et des infirmières soignantes : « C'est elles [les préceptrices] qui sont prêtes à orienter, donc ils sont consentants. Il faut avoir une volonté pour le faire. [...] Puis les autres, on va encadrer un petit peu quand ils viennent nous poser des questions » (Infirmière # 1). Plusieurs participantes ont souligné le fait de ne pas avoir la pression de porter la charge de la formation ainsi que le résultat de la CEPI, contrairement à la préceptrice.

Finalement, l'AIC a un rôle de personne-ressource tout au long du processus d'intégration, autant pour les CEPI que pour les autres membres de l'équipe de soins. Un AIC précise : « Les infirmières viennent te voir pour demander des suggestions, demander ton point de vue, un jugement » (Infirmier # 8). Cependant, l'AIC, contrairement aux autres infirmières de l'équipe, a la responsabilité du bon fonctionnement de l'unité de soins, ce qui lui procure une vision d'ensemble de ce qui se déroule sur l'unité. Cette vision lui permet donc d'assurer un certain suivi de la progression de la CEPI dans le processus d'intégration, tout en collaborant de manière ponctuelle avec la CEPI, comme les infirmières soignantes.

### **Expérience de collaboration intra professionnelle**

Les entrevues réalisées ont permis d'explorer la vision des infirmières rencontrées sur ce qu'est la collaboration intra professionnelle et la variété d'expériences qu'elles en ont durant l'intégration.

D'abord, selon les infirmières rencontrées, la collaboration est définie comme étant le partage de connaissances et la délégation de tâches. Selon les participantes, il s'agit d'une relation ponctuelle permettant de combler des lacunes aux plans des connaissances et des tâches à accomplir. Une participante précise que la collaboration ce n'est « pas aider en faisant ses

tâches, en accomplissant les tâches à sa place, mais lui donner les ressources » (Infirmière # 2). La collaboration est également définie comme : « un partage de connaissances, l'entraide, un dévouement aussi » (Infirmière # 7).

Cette relation est réciproque selon les participantes, autant entre infirmières qu'entre les infirmières et les CEPI. En effet, les infirmières sont unanimes quant aux bénéfices apportés par une telle collaboration pour les débutantes, principalement concernant le développement de leurs connaissances, leurs habiletés et leur raisonnement clinique, ce qui les mène à développer davantage leur autonomie. Un infirmier jouant également le rôle d'AIC le décrit ainsi : « Le temps que tu passes avec une future infirmière, c'est essentiel, parce que tu donnes la confiance à cette personne pour qu'elle puisse former son expertise infirmière » (Infirmier # 8). En plus du développement de leur expertise infirmière, le fait de collaborer avec les CEPI mènerait les infirmières, elles aussi, à développer leur compétence de collaboration. Une infirmière d'expérience l'explique ainsi : « leur donner une image d'aidants, de *collaborants*, eux aussi ils vont vouloir reproduire ça » (Infirmière # 4). D'ailleurs, selon les infirmières, la collaboration doit être initiée par les infirmières de l'équipe et non par la CEPI. Les infirmières reconnaissent en effet qu'il peut être difficile de faire le premier pas vers les membres de l'équipe pour quelqu'un n'en faisant pas encore partie, telle la CEPI. Il serait donc plus facile d'établir la collaboration entre les infirmières et les CEPI lorsqu'elle est initiée par les infirmières de l'équipe de soins.

Les CEPI ne sont toutefois pas les seules à bénéficier de retombées positives de cette collaboration. En effet, la collaboration avec les CEPI mènerait les infirmières à faire des apprentissages concernant de nouvelles pratiques ainsi qu'une valorisation de leur rôle : « Ça

ramène à.... nous rafraîchir. Puis aussi, moi, ce que je vois c'est, quand on les guide, on n'est pas si pire que ça, je suis quand même bonne. Ça donne un sentiment aussi de fierté, d'accomplissement » (Infirmière # 1). De plus, la collaboration avec des collègues ou des CEPI peut également diminuer le stress associé à la charge de travail élevée : « Le fait de travailler en collaboration, ça allège beaucoup ton stress, ce qui te gruge un peu » (Infirmière # 4). Ces retombées sont associées par les participantes à des expériences positives de collaboration.

Cependant, la collaboration s'articule de différentes manières selon les membres de l'équipe. Les participantes la décrivent comme un continuum sur lequel chaque personne se situe, du travail totalement individuel à une forme de collaboration plus proactive. Une participante le formule ainsi :

« Chacun voit [la collaboration] différemment. Il y en a qui sont plus réticents à offrir de l'aide ou à venir se faire déranger, parce qu'ils sont dans leur bulle et ils font leurs choses, alors que d'autres sont plus ouverts, sont réceptifs. Ils reçoivent plus. Ils sont prêts à donner plus que d'autres » (Infirmière # 1).

Certaines infirmières préféreraient d'ailleurs travailler seules. D'autres collaboreraient de manière ponctuelle lorsque sollicitées, par exemple, en répondant à une question précise. Certaines infirmières prendront davantage de temps pour s'assurer de la compréhension de la personne et expliquer le raisonnement clinique. Puis, selon d'autres, prendre l'initiative d'aller vers l'autre pour proposer son aide serait une forme de collaboration :

« Quand tu sais que la personne n'a pas pris de pause et que la personne [prend moins de temps pour] son diner, ça serait bien que tu ailles la voir. Juste pour lui dire : « Es-tu correct ? As-tu besoin d'aide ? ». Parce que si tu la vois longer le corridor et toi tu es assise au poste, puis tu ne vas pas valider si elle a besoin d'aide, pour moi, il n'y a pas de collaboration là-dedans » (Infirmière # 3).

Cependant, d'autres participantes ont décrit des expériences plus négatives associées à des difficultés de collaboration intra professionnelle. En effet, plusieurs racontent avoir été

confrontées à des attitudes fermées de la part de certaines collègues lorsqu'elles étaient sollicitées et même avoir été confrontées à des refus d'établir une collaboration. Une infirmière raconte :

« Mais c'est que des fois il y a [des gens] qui ont de gros caractères puis qui te le disent : « tu me déranges ». Tu n'es pas à l'aise. Tu vas te faire répondre comme ça une fois puis tu n'iras plus voir cette personne-là. » (Infirmière # 3)

L'expérience qu'ont les membres de l'équipe est influencée par leurs interactions avec leurs collègues, ce qui influence aussi le niveau de collaboration. Des expériences positives de collaboration avec des collègues mèneraient à une augmentation de la collaboration et vice-versa.

L'expérience de la collaboration comprend également l'intériorisation dans l'action, soit le fait d'apprendre à se connaître en réalisant des tâches ensemble. La manière dont la CEPI réagit à la rétroaction, communique avec les membres de l'équipe et interagit avec les patients permet aux infirmières de l'équipe de connaître la débutante au plan professionnel et personnel. Cependant, lorsque cette intériorisation est absente, une expérience négative peut en découler, comme le décrit cette infirmière :

« Il y a une frustration parfois. C'est qui elle ? Elle ne s'est pas présentée, il n'y a personne qui me l'a présentée à moi. Des fois, on ne sait pas si c'est une infirmière auxiliaire, si c'est une infirmière, si c'est quelqu'un qui commence. Et puis au fil du temps, on commence à comprendre que c'est une CEPI qui commence. C'est comme [dire] « je travaille, mais je ne fais pas partie de l'équipe » » (Infirmière # 7).

D'autre part, la formation de cliques fait également partie de l'expérience des infirmières. Elle correspond à la formation de sous-groupes dans l'équipe qui collaborent de manière plus intense entre eux qu'avec le reste de leurs collègues de travail. Ces cliques s'établissent suite à des expériences positives de collaboration avec certaines collègues, lorsqu'il

y a affinité entre les personnes impliquées. Si les cliques favorisent la collaboration entre les professionnels qui en font partie, elles peuvent toutefois être perçues comme négatives par ceux qui en sont témoins uniquement. Elles sont alors perçues comme des cercles hermétiques, limitant la collaboration avec ceux qui n'en font pas partie, à l'exception de situations d'urgences, tel un arrêt cardiorespiratoire, où tous les membres de l'équipe travaillent ensemble. La majorité des participantes considèrent donc la formation de clique comme une barrière à la collaboration. Une infirmière ayant moins d'un an d'expérience dans l'équipe précise :

« De façon générale, c'est assez subtil, mais je pense que quand tu ne fais pas partie [du groupe] c'est encore plus évident. Quand tu finis par t'intégrer, comme j'ai fini par faire moi-même, on le voit un petit peu moins. D'essayer de s'intégrer là-dedans, c'est encore plus difficile » (Infirmière # 5).

La formation de telles cliques n'est pas uniquement un phénomène se manifestant entre les infirmières de l'équipe de soins, mais également entre les CEPI. En effet, plusieurs infirmières ont constaté que, lors de l'intégration de plusieurs CEPI simultanément sur l'unité de soins, les débutantes ont tendance à former une clique entre elles. Ainsi, les CEPI collaborent entre elles de manière plus intense, se posant leurs questions mutuellement, mais ce qui limite leurs contacts avec les autres infirmières de l'équipe. Une préceptrice le formule ainsi :

« Ce qu'on voit des fois, c'est générationnel aussi. Des fois, ils vont se lier plus avec des personnes plus jeunes, de leur âge, puis si on en a 2-3 ensembles, puis elles sont arrivées un peu en même temps, puis elles ont vécu à peu près les mêmes affaires, elles vont se mettre plus ensemble » (Infirmière # 4).

Les CEPI peuvent également former une clique avec la préceptrice et l'entourage de cette dernière. Comme la préceptrice et la CEPI collaborent de manière plus intense au début de l'intégration, cette relation peut mener la CEPI à rejoindre la clique dont fait partie sa préceptrice.

## **Périodes d'intégration**

Selon les infirmières rencontrées, l'intégration est composée de deux périodes distinctes, soit la période d'orientation et la période post orientation. Ces deux périodes influencent la collaboration intra professionnelle entre les infirmières de l'équipe et les CEPI. C'est uniquement en terminant ces deux périodes que la CEPI peut entrer à son tour dans l'équipe, ainsi que développer son autonomie face aux tâches à accomplir.

**Période d'orientation.** La période d'orientation constitue une période déterminée dans le temps, une vingtaine de journées dans le milieu de recherche. Cette période permet d'encadrer intensément la CEPI lors de son arrivée sur l'unité, ce qui est principalement le rôle de la préceptrice. Encadrer, c'est ainsi donner des connaissances de base à la CEPI pour l'amener à être autonome après l'orientation. Une infirmière soignante, ayant déjà assumé le rôle de préceptrice, compare ainsi les périodes d'orientation et de post orientation :

« La préceptrice est là pour la course de 100 mètres. Il faut que tu absorbes tout maintenant. [...] La préceptrice elle doit être là tout le temps, elle doit les chouchouter. C'est leurs enfants, pendant 19 jours. [...] C'est aussi important que le marathon, sauf que la préceptrice, tu as trop d'information à donner » (Infirmière # 3).

Elle ajoute : « Une CEPI c'est de la pâte à modeler. Ça dépend vraiment de la personne qui la forme » (Infirmière # 3). Le rôle de la CEPI est décrit ici comme étant plutôt passif dans son apprentissage. Cette période peut s'avérer anxiogène, autant pour la CEPI que la préceptrice, car il y a beaucoup de choses à enseigner dans un court laps de temps.

**Période post orientation.** La période qui suit l'orientation n'est pas définie dans le temps et est moins structurée que l'orientation. C'est durant cette période que les rôles des

infirmières soignantes et de l'AIC dans l'intégration prennent tout leur sens. En poursuivant sa comparaison avec la course, l'infirmière ajoute :

« Les deux sont importants, mais je pense qu'il y en a un qui est fait pour apprendre : oui, la préceptrice t'apprend quelque chose en peu de temps, mais tu deviens infirmière avec le reste, donc, le marathon. Avec des collègues de travail qui vont te montrer. [...] Je trouve que c'est vraiment dans le *long run*, dans le marathon que tu deviens infirmière » (Infirmière # 3).

À cette étape du processus, les infirmières contribuent à soutenir la CEPI. Le soutien signifie aider la CEPI à transposer les connaissances acquises en milieu académique et lors de l'orientation à la réalité de la pratique clinique. Parfois, ce transfert nécessite, selon certaines infirmières, de nuancer certaines connaissances de la CEPI. Ces nuances ont pour but de mener les débutantes à avoir une réflexion concernant leur pratique ou encore d'exposer la réalité du milieu de pratique telle que perçue par les infirmières. Certaines participantes ont donné des exemples tels que d'aider une CEPI à interpréter des résultats de laboratoire légèrement en dehors des limites normales ou encore montrer qu'il n'est pas nécessaire de faire tous les pansements de manière stérile. La fin de l'encadrement formel de la préceptrice peut entraîner certains défis :

« Pendant 21 jours, ils sont encadrés, puis après ça ils arrivent dans la réalité, puis qui les cadre ? Personne. C'est le rôle de personne de les surveiller ou de donner encore du support. [...] C'est une zone grise » (Infirmière # 4)

Le soutien n'est donc pas constant, mais plutôt ponctuel selon les besoins de la CEPI et peut être initié par la CEPI ou les membres de l'équipe. La CEPI est alors mise sur le même pied d'égalité que les membres de l'équipe et doit développer son autonomie de pratique. Le fait d'assumer la même charge de travail que les infirmières de l'équipe peut présenter certains défis, car la CEPI est alors amenée à apprendre au jour le jour, selon les situations rencontrées et de s'adapter en conséquence. Il s'agit d'une période quelque peu tumultueuse pour la CEPI. Le

soutien n'est donc pas uniquement le fait d'offrir des réponses aux questions, mais également de fournir un soutien émotionnel durant cette période.

**Fin des périodes d'intégration.** L'encadrement et le soutien mènent la CEPI à entrer dans l'équipe et à développer son autonomie dans la tâche. Les infirmières rencontrées se rappellent avoir elles-mêmes traversé ces périodes pour en arriver où elles sont. Une participante ayant moins d'un an d'expérience raconte :

« C'est très très frais dans ma tête. Alors, quand je vois des CÉPI, j'aime ça les voir, parce que je m'imagine il n'y a pas longtemps. Puis, je me rappelle un peu c'était comment et je sais qu'ils ont peut-être des questions et tout ça. Au contraire, je suis plus contente d'en voir parce que je me dis que je vais peut-être pouvoir les aider d'une certaine façon ou d'une autre. [...] Ça me fait réaliser en même temps que j'ai passé cette étape-là, puis que je m'en suis sortie aussi. Je veux montrer à la personne qu'elle va s'en sortir aussi » (Infirmière # 5).

Les participants n'ont pas été en mesure de déterminer une durée quelconque pour en arriver à la fin des périodes d'intégration, car la période post orientation n'est pas déterminée dans le temps. Selon les infirmières rencontrées, cela est unique à chaque individu et à chaque équipe.

### **Patient et qualité des soins**

Au cœur de ces périodes d'intégration, ce qui motive les infirmières à collaborer est avant tout le souci d'offrir des soins de qualité aux patients. Selon les participantes, collaborer avec les CEPI durant l'intégration peut avoir des impacts à plusieurs niveaux sur la qualité des soins. Une infirmière l'explique ainsi :

« Je pense qu'il peut y avoir un impact indirect, voire même direct, sur la qualité des soins. Indirect dans le sens que juste une ambiance d'équipe, comment une équipe se tient, ça va paraître quand même jusqu'au patient. [...] Direct, c'est sûr que dans un contexte comme ça, si on parle de CEPI, on l'aide à comprendre mieux les soins, on l'aide dans les techniques, on l'aide naturellement à donner des meilleurs soins au patient » (Infirmière # 5).

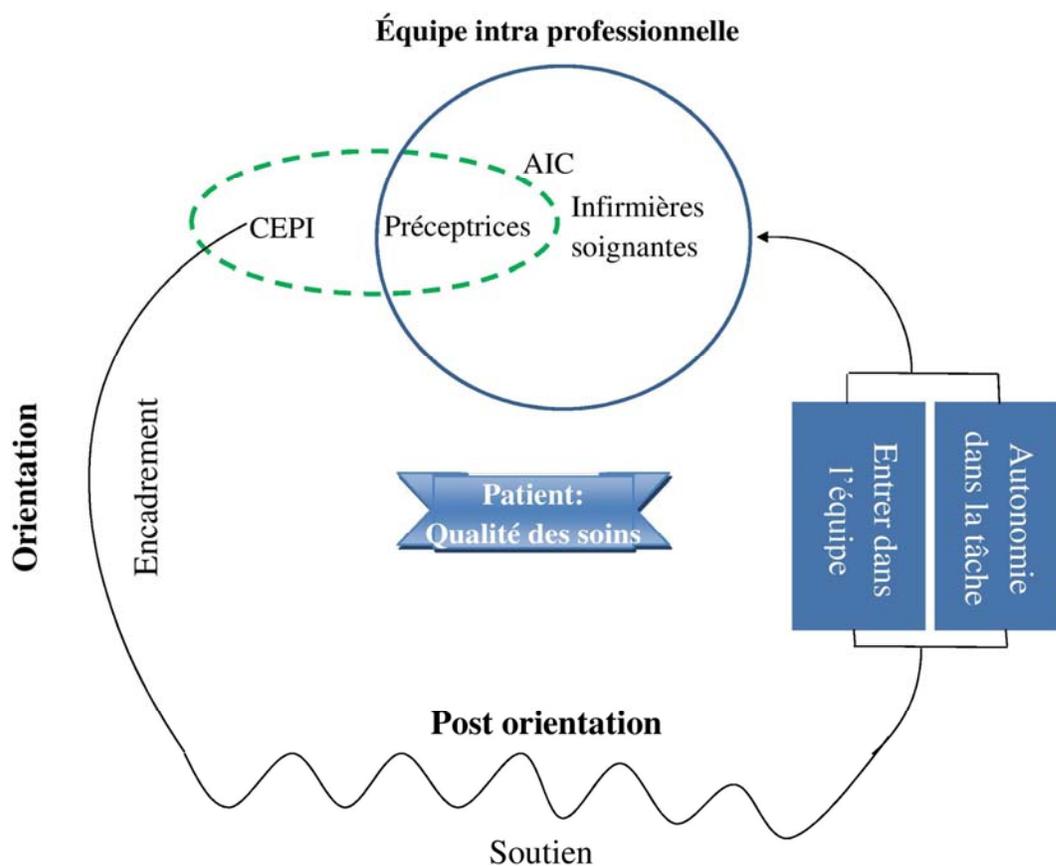
Ces impacts potentiels sur la qualité des soins sont la principale source de motivation à travailler en collaboration avec les CEPI lors de l'intégration. Une infirmière décrit sa vision de la collaboration avec les CEPI :

« Dans ta question, je ne te vois pas. Je vois le patient derrière ta question. Parce que la réponse que je vais t'apporter, c'est ça qui va contribuer au bien-être du patient. Alors peu importe que je sois ton amie ou pas ton amie, on est une équipe de travail, on travaille, on a un but commun » (Infirmière # 7).

Finalement, au-delà de l'impact à court terme sur la qualité des soins aux patients, les infirmières rencontrées sont également conscientes de l'impact à long terme sur la qualité de l'ensemble du système de santé. Les CEPI deviendront infirmières et prendront la relève, leur intégration est donc cruciale. La collaboration intra professionnelle durant l'intégration des CEPI est essentielle au cours du processus d'intégration, motivée par la qualité des soins offerts aux patients et ce, quel que soit le rôle infirmier assumé dans l'équipe de soins.

S'appuyant sur les résultats présentés précédemment, la figure suivante (Figure 1) représente notre interprétation des propos des infirmières quant à leur expérience de collaboration durant le processus d'intégration des CEPI.

Figure 1 : Schématisation de l'expérience d'infirmières quant à la collaboration lors de l'intégration de CEPI.



L'équipe intra professionnelle est ici représentée chapeautant les différentes périodes d'orientation. Cette équipe comprend les préceptrices, les infirmières soignantes ainsi que l'AIC, regroupées dans un même cercle. La CEPI est représentée à l'écart de l'équipe, mais en étroite relation avec la préceptrice tout au long de l'intégration, ce qui est illustré par des pointillés. Comme déjà mentionné, la CEPI doit compléter les deux périodes d'intégration, soit l'orientation et le post orientation pour en arriver à une autonomie dans la tâche et entrer dans l'équipe. Une flèche amène la CEPI à la première période d'intégration, l'orientation. L'orientation est représentée comme une courbe lisse

à la verticale afin de souligner son caractère structuré, prévisible et déterminé dans le temps. Après l'orientation débute la période post orientation qui, quant à elle, est beaucoup plus tumultueuse. Cette période est illustrée par une ligne ondulée et inégale. Finalement, au terme de ces périodes sont illustrées l'autonomie dans la tâche et le fait d'entrer dans l'équipe, la flèche finissant le parcours de la CEPI par une entrée dans le cercle de l'équipe, elle qui deviendra bientôt infirmière à son tour. Le patient et la qualité des soins, étant la motivation à collaborer durant l'intégration, sont situés au centre du schéma.

### **Discussion**

Durant l'intégration, les débutantes s'appuient fréquemment sur l'expérience de leurs collègues infirmières afin de les guider dans les soins à offrir (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink et al., 2008). Cependant, l'établissement d'une telle collaboration n'est pas spontané (D'Amour, 2002) et peut être plus difficile à établir sur certaines unités de soins (Thrysoe et al., 2012). Les conséquences d'un manque de collaboration peuvent être nombreuses, tant pour les infirmières (Chandler, 2012 ; Laschinger, 2012 ; Laschinger et al., 2010 ; Pfaff et al., 2013 ; Vogelpohl et al., 2013), que pour les patients, car la qualité des soins offerts peut en être affectée (Aiken et al., 2002 ; Benner, 1982 ; Chandler, 2012 ; Malouf et West, 2011 ; Poghosyan et al., 2010 ; Thrysoe et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2014). L'expérience des infirmières de l'équipe de soins étant méconnue face à ce phénomène, l'étude avait donc pour but d'explorer leur expérience quant à la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI.

La contribution de cette recherche est la schématisation de l'expérience d'infirmières quant à la collaboration durant l'intégration des CEPI. Cette schématisation souligne la

complémentarité des rôles infirmiers dans l'équipe de soins, incluant l'assistante infirmière-chef, la préceptrice et l'infirmière soignante, concernant la collaboration durant les différentes phases du processus d'intégration de la CEPI. La préceptrice collabore de manière intense avec la CEPI pour offrir un encadrement en période d'orientation et sert d'intermédiaire entre la débutante et le reste de l'équipe de soins. Par la suite, en période post orientation, les infirmières et l'AIC collaborent avec la CEPI de manière ponctuelle de façon à soutenir la débutante. L'expérience des infirmières comprend la formation cliques au sein de l'équipe de soins, ce qui est perçu comme une barrière à la collaboration. Finalement, selon l'expérience des infirmières rencontrées, les indicateurs de collaboration les plus significatifs dans l'expérience des infirmières durant l'intégration sont l'intériorisation et la finalisation, soit le fait d'avoir un but commun, la qualité des soins.

Concernant la complémentarité des rôles infirmiers dans l'équipe de soins, les résultats de cette recherche soulignent certains éléments communs de l'expérience des infirmières. D'abord, les infirmières confirment être sollicitées par les débutantes afin de les guider dans les soins à offrir, ce qui correspond aux écrits recensés (Ballem et McIntosh, 2014 ; Benner, 1982 ; Fink et al., 2008) et ce, quel que soit leur rôle dans l'équipe de soins. L'importance qu'elles accordent au fait de s'assister mutuellement entre collègues (Padgett, 2013) est également rapportée par les participantes. La majorité d'entre elles ont également constaté avoir fait des apprentissages et mis à jour leurs connaissances en collaborant avec les CEPI durant l'intégration, ce qui est cohérent avec des études réalisées par Ballem et McIntosh (2014) et Muir et al. (2013). Cependant, ces deux études décrivaient majoritairement l'expérience de préceptrices, alors que les résultats indiquent que cet apport à leurs propres connaissances est unanimement reconnu par les infirmières, quel que soit leur rôle dans l'équipe. Les participantes

à l'étude ont également exprimé avoir vécu des expériences plus négatives liées à des barrières à la collaboration, tel un refus de répondre à une question (Pfaff et al., 2013). Ce type d'expérience négative est relaté dans la littérature s'intéressant aux débutantes (Duddle et Boughton, 2007), mais peut être vécu par les infirmières de l'équipe intra professionnelle. Cette expérience de collaboration est réciproque entre les débutantes et les infirmières (Hoare et al., 2013). Selon les propos des participantes, la CEPI semble passive au cours des différentes périodes d'intégration. Cependant, dans la littérature concernant l'expérience des infirmières débutantes, ces dernières auraient une attitude beaucoup plus active durant l'intégration. Par exemple, selon une étude de Duchscher (2001), les débutantes initient le contact avec leurs collègues infirmières en leur demandant de l'assistante ou en leur posant des questions, et sont donc plutôt proactives par rapport à leur intégration. Dans notre étude, cette perception de passivité pourrait être influencée par les restrictions associées aux actes réservés aux CEPI ou encore par la culture de l'organisation.

Par ailleurs, la présence de cliques entre les infirmières de l'équipe fait partie de l'expérience de collaboration durant l'intégration. Les infirmières rencontrées parlent de ce phénomène de manière négative, perçue par les participantes comme une barrière de plus à la collaboration intra professionnelle, surtout pour quelqu'un ne faisant pas partie de l'équipe, comme la CEPI. DeMarco, Horowitz et McLeod (2000), abordent la notion d'alliances intra professionnelles qui seraient bénéfiques à l'intégration des CEPI comparativement à la notion de cliques telles que vécu par les participantes de notre étude. Selon ces auteurs, les alliances sont une sorte de supervision informelle, permettant de réfléchir sur leur pratique entre collègues et de faire des apprentissages. Cette perspective d'alliances est donc à l'opposé des cliques décrites par les infirmières comme étant des sous-groupes hermétiques, limitant la collaboration

avec d'autres membres de l'équipe. Selon ces auteurs, les alliances intra professionnelle doivent comporter trois éléments clés qui mènent à un pacte de collaboration entre les partenaires (DeMarco et al., 2000). Ces éléments clés sont l'introspection, le soutien social et le *caring* entre les membres de l'alliance (DeMarco et al., 2000). Le soutien est un élément de la collaboration durant l'intégration, principalement durant la période post orientation. Mais qu'en est-il de l'introspection et du *caring*? Le *caring*, quoique jamais nommé explicitement par les participantes, teinte leurs propos. En effet, les participantes exprimaient, pour la plupart, un souci pour leurs collègues et les CEPI. Par contre, lorsque questionnées sur leurs besoins et leurs difficultés, les infirmières rencontrées répondaient en parlant des CEPI ou de leurs collègues et non d'elles-mêmes. Cette absence d'introspection est peut-être l'une des raisons expliquant la présence de clique plutôt que d'alliances.

Ensuite, les dimensions de la collaboration les plus significatives selon l'expérience des infirmières rencontrées sont celles qui seraient plus relationnelles, soit l'intériorisation et la finalisation, selon les concepts de D'Amour (2002). Pour les participantes, une grande part de leur expérience était influencée par l'intériorisation dans l'action, soit le fait d'apprendre à se connaître dans la tâche, ce qui mène vers l'intégration collective. De plus, la finalisation est mise de l'avant par les infirmières en rapportant régulièrement leurs propos à l'influence que la collaboration peut avoir sur la qualité des soins au patient. En effet, la qualité des soins est une préoccupation pour les infirmières durant l'intégration (Ballem et McIntosh, 2014 ; Hughes et Fitzpatrick, 2010 ; Myers et al., 2010), quel que soit leur rôle dans l'équipe, ce qui les motive à travailler en collaboration avec les CEPI. Cette préoccupation serait également partagée par les débutantes elles-mêmes (Clark et Springer, 2012 ; Duchscher, 2008 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008). Les participantes soulignent également que, selon leur expérience, des difficultés de

collaboration pourraient avoir des impacts importants sur la qualité des soins prodigués aux patients. Cependant, les dimensions de gouvernance et de formalisation, survolées en entrevue, font très peu partie de leur expérience de collaboration. Lorsque questionnés directement sur le sujet, les participantes ont exprimé ne pas connaître d'autres règles à la collaboration que les règles de courtoisie de base. Pourtant, les périodes d'intégration comprennent certaines contraintes, surtout la période d'orientation, et des règles tacites sont probablement en place, mais n'ont pas été révélées par les participantes. Par exemple, une seule infirmière a formulé le fait que durant l'orientation, les infirmières soignantes ne doivent pas intervenir dans la formation de la CEPI autre que la préceptrice. Est-ce une règle pour l'ensemble des infirmières de l'équipe ? La formalisation reste donc à approfondir. Concernant la gouvernance, les participantes ont nié avoir eu connaissance de l'influence de l'organisation ou des gestionnaires, comme l'infirmière-chef, concernant la collaboration. Les facteurs justifiant la perception de l'absence de la gouvernance dans l'expérience des infirmières pourraient être explorés dans l'avenir.

D'autres résultats de l'étude divergent d'ailleurs de ce qui est relaté dans les écrits. D'abord, selon la définition D'Amour (2002), la collaboration est un partage d'informations, mais également une prise de décision commune. Or, selon les infirmières rencontrées, en contexte d'intégration de CEPI, la collaboration est surtout un échange d'informations et une délégation de tâches de manière ponctuelle, selon les besoins de chacun. D'ailleurs, le partage de connaissances et d'informations semble être à la base de la collaboration entre les infirmières et les débutantes (D'Amour, 2002 ; Lavoie-Tremblay et al., 2008). Cette différence marquée entre les résultats révélés par cette étude et la définition retrouvée dans les écrits s'explique en partie par le fait qu'aucune définition n'était fournie aux participantes lors des entrevues. Selon

le modèle de D'Amour (2002), la finalité signifie avoir un but commun, mais également une même conception de la collaboration. D'Amour (2002) précise qu'une différence de conception de la collaboration peut mener à des attentes divergentes entre les parties, ce qui pourrait influencer la collaboration. Les infirmières de l'étude ont toutes formulé des définitions comportant des éléments communs. Les participantes reconnaissent toutefois une disparité entre leur manière de collaborer et celle d'autres collègues infirmières, affirmant du même coup qu'il y a plusieurs degrés de collaboration. Cette variété de degrés de collaboration a été constatée dans différents écrits. D'abord, Ivey, Brown, Teske et Silverman (1988) ont identifié plusieurs degrés de la collaboration inter professionnelle, débutant du parallélisme disciplinaire, en passant par l'échange d'informations et la coordination en terminant par la formation d'une équipe inter professionnelle. Quoique ce texte porte sur la collaboration inter professionnelle, il est possible de constater que la définition des participantes traitant surtout d'échange d'informations se situerait à des degrés plus faibles de collaboration selon Ivey et al. (1988), ce qui laisse présumer que la collaboration pourrait encore atteindre des degrés plus profonds de collaboration, telle la coordination. Ensuite, D'Amour et al. (2008) mentionnent que s'appuyant sur l'analyse de la collaboration selon leur modèle, chacun des indicateurs de collaboration peut être développé à différents niveaux selon le cas et ensuite associée à trois typologies, soit une collaboration active, en développement ou potentielle. D'ailleurs, les résultats démontrent que, selon les infirmières rencontrées, certaines dimensions sont davantage présentes dans leur expérience.

Ainsi, les résultats de l'étude permettent de corroborer certaines connaissances issues de la littérature, incluant la préoccupation des infirmières concernant l'impact de la collaboration sur la qualité des soins, la réciprocité entre les infirmières et les CEPI ainsi que des expériences

variées, positives et négatives, de collaboration intra professionnelle. Certains résultats sont plus surprenants, telles la divergence dans les définitions de la collaboration, la perception négative des infirmières concernant la formation de cliques et l'absence de certains niveaux d'intégration et d'indicateurs de collaboration dans l'expérience des participantes. Ces résultats apportent donc un regard nouveau sur la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI en mettant en lumière l'implication et l'expérience commune des infirmières de l'équipe de soins, quel que soit leur rôle, la manière dont s'exprime la collaboration durant les différentes périodes d'intégration et identifie les aspects de l'intégration et de la collaboration les plus significatives dans l'expérience des infirmières. Le tableau 2 présente une synthèse des apports de la recherche.

Tableau 2 : Apport de la recherche

**Ce que l'on savait déjà sur le sujet :**

- Les débutantes s'appuient sur l'expérience de leurs collègues pour les guider dans les soins à offrir
- Un manque de collaboration peut avoir des conséquences sur la qualité des soins
- La collaboration est une relation réciproque permettant d'intégrer les débutantes

**Ce que cette étude apporte :**

- Les rôles de préceptrice, d'AIC et d'infirmière soignante sont tous complémentaires dans la collaboration durant l'intégration de CEPI, autant pour l'encadrement que le soutien
- La formation de cliques au sein de l'équipe intra professionnelle, contrairement aux alliances professionnelles, est perçue comme une barrière à la collaboration
- L'intégration comporte deux périodes, soit l'orientation et le post orientation, qui se terminent par l'autonomie dans la tâche ainsi que l'entrée dans l'équipe de soins par la CEPI

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude présente certaines forces et limites à prendre en considération pour le transfert des résultats. D'abord, le fait que les participantes aient été recrutés sur une seule unité de soins contribue à obtenir une compréhension plus globale de la variété d'expériences d'infirmières d'une même équipe. Les résultats sont donc intimement liés à l'expérience de ces huit infirmières uniquement. D'ailleurs, une validation informelle auprès des participantes en cours de collecte de données et d'analyse a permis de s'assurer de la correspondance de l'analyse avec leur expérience, soit d'assurer une résonance de la schématisation. Cependant, il n'est aucunement possible de transférer ces résultats à l'ensemble des infirmières du Québec, ce qui n'était d'ailleurs pas le but de l'étude. Ensuite, la majorité des entrevues ayant été réalisées dans le milieu de travail, il est possible que cela ait influencé les participantes par le phénomène de désirabilité sociale. La désirabilité sociale est définie comme la tendance à : « donner des réponses correspondant aux points de vue sociaux dominants plutôt qu'à ses propres perceptions » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p. 305). Malgré cette possibilité, des expériences autant positives que négatives ont pu être explorées en entrevue due à la flexibilité de l'outil de collecte de données. Certaines interruptions en cours d'entrevue, due au fait que la plupart des infirmières étaient rencontrées durant leur quart de travail, n'ont peut-être pas permis d'approfondir certains aspects de l'expérience des participantes. Pour diminuer cette limite, certaines entrevues ont été réalisées en deux parties afin de pouvoir poursuivre l'entrevue aussi longtemps que nécessaire. Cette stratégie a permis de prendre un recul par rapport à l'entrevue, ce qui a potentiellement mené les participantes à discuter de différents aspects de leur expérience qu'elles n'auraient pas exprimés autrement. Finalement, il est important de noter que l'étudiante-chercheuse a elle-même été CEPI il y a moins de deux ans et est présentement

infirmière d'une équipe de soins en milieu hospitalier. Sa propre expérience de collaboration durant l'intégration a certainement influencé son interprétation des résultats. Cette proximité avec le sujet étudié est indispensable selon Charmaz (2014), mais les préconceptions du chercheur doivent être identifiées afin d'éviter de contraindre l'analyse des données aux éléments correspondant à sa propre expérience. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a consigné ses réflexions dans des mémos de recherche tout au long du processus d'analyse. Le fait que plusieurs résultats concordent avec la littérature consultée souligne la crédibilité des résultats obtenus. Finalement, l'utilité de la présente recherche est démontrée par la formulation de recommandations concrètes pour la pratique et la recherche. Les forces de cette étude font écho aux critères de qualité en théorisation ancrée selon Charmaz (2014).

### **Implications pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion**

Plusieurs questionnements soulevés lors de l'analyse des données offrent des pistes de réflexion pour de futures recherches. D'abord, les infirmières rencontrées ont décrit leur expérience de collaboration durant l'intégration de CEPI qui sont orientées sur l'unité de soins. Cependant, dans le milieu de l'étude, après quelques mois sur l'unité de soins, un bon nombre de CEPI sont d'emblée considérées comme membre de l'équipe volante et travaillent donc dans différentes unités où elles ne sont pas systématiquement orientées. L'expérience de collaboration avec les CEPI de l'équipe volante serait différente, selon les participantes, et nécessiterait d'être étudié davantage. De plus, l'expérience des infirmières pourrait être approfondie, entre autres en poursuivant la recherche dans différents milieux, auprès d'infirmières de différents quarts de travail et ayant différents rôles dans l'équipe de soins, comme l'AIC. Finalement, les indicateurs de formalisation et de gouvernance étant peu présents

dans l'expérience de collaboration des infirmières rencontrée, il serait pertinent de s'attarder sur ces indicateurs et les facteurs qui influencent l'expérience qu'en ont les infirmières.

Les résultats de l'étude mènent à formuler certaines recommandations pour la pratique. D'abord, les participantes ont souligné l'importance des gestes les plus simples dans la collaboration durant l'intégration de CEPI. Il a été jugé par les participantes que le premier pas de l'établissement de la collaboration devait provenir de l'équipe et non de la débutante. Les infirmières de l'équipe de soins sont donc toutes invitées à faire le premier pas vers les infirmières débutantes et à collaborer de manière à agir en tant que modèle de rôle. Par ailleurs, une difficulté identifiée par les infirmières est la confusion concernant la responsabilité du soutien en période post orientation. Pour faciliter la collaboration durant cette période, nous proposons de désigner une personne au sein de l'équipe qui serait responsable du soutien de manière plus structurée. Le suivi par un mentor de l'équipe de soins, par exemple, permettrait de faciliter l'intégration. De plus, l'importance et la complémentarité des différents rôles infirmiers dans l'équipe de soins concernant la collaboration durant l'intégration devraient être davantage mises de l'avant auprès des infirmières.

Des recommandations peuvent également être formulées pour la formation. D'abord, certains éléments devraient être soulignés dans les formations offertes aux préceptrices, incluant l'importance d'introduire la CEPI à l'ensemble de l'équipe ainsi que d'encourager la débutante à créer des relations et à collaborer avec les autres membres de l'équipe, et non seulement avec la préceptrice. Ensuite, la formation de clique étant jugée comme une barrière importante à la collaboration selon les participantes, il faudrait favoriser la formation d'alliances plutôt que de cliques. Pour ce faire, l'un des éléments clés pour la formation d'alliance qui semble manquant

chez les participantes était l'introspection. Pour favoriser l'introspection, des activités de pratique réflexive pourraient être mises en place ainsi que des activités de formation pour sensibiliser les infirmières au phénomène de clique. D'ailleurs, la promotion de la pratique réflexive et de l'introspection des infirmières faciliterait l'identification de leurs besoins en regard de la collaboration durant l'intégration de CEPI. En connaissant leurs besoins, plutôt qu'uniquement ceux des CEPI, il sera alors possible de mettre en place des interventions ciblant leurs besoins spécifiques de formation.

En ce qui a trait aux recommandations pour la gestion, étant donné l'absence de la formalisation dans l'expérience des infirmières rencontrées, il serait pertinent de préciser les règles entourant la collaboration durant l'intégration des CEPI et les attentes des gestionnaires. De plus, concernant la gouvernance, les gestionnaires, incluant l'infirmière-chef, devraient promouvoir activement la collaboration intra professionnel et agir à titre de modèle de rôle, ce qui correspond à des facilitateurs à la collaboration (Pfaff et al., 2013).

**Conflits d'intérêts :** Aucun

### **Conclusion**

La collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI est un phénomène méconnu. Cette étude a permis d'explorer l'importance de l'ensemble des infirmières de l'équipe de soins concernant la collaboration durant l'intégration tout au long de ce processus. Étant donné l'impact potentiel de la collaboration intra professionnelle durant l'intégration sur la qualité des soins, il importe de sensibiliser les infirmières à ce phénomène ainsi que de les

soutenir dans l'exercice de leurs rôles respectifs. Le nombre massif d'entrées à la profession au cours des dernières années renforce le besoin de s'intéresser davantage à la manière dont sont intégrées les recrues et de poursuivre la recherche en ce sens.

## **Conclusion**

Un nombre important de CEPI fait son entrée chaque année dans les milieux cliniques et doit s'engager dans les périodes d'intégration. La collaboration intra professionnelle dans ce contexte particulier est méconnue, surtout dans la perspective de l'expérience des infirmières de l'équipe de soins. Cette recherche avait donc pour but d'explorer l'expérience des infirmières quant à ce phénomène.

Cette étude exploratoire inspirée de l'approche de théorisation ancrée de Charmaz (2014) a été réalisée avec, comme cadre de référence, le modèle d'analyse de la collaboration professionnelle de D'Amour (2008). Des entrevues semi-structurées auprès de huit infirmières ayant travaillé sur une unité de chirurgie ayant intégré des CEPI dans la dernière année ont permis de créer une schématisation de leur expérience. Les résultats de cette étude mettent en lumière l'importance et la complémentarité de l'ensemble des infirmières composant l'équipe de soins tout au long du processus d'intégration. Les études disponibles jusqu'alors s'attardaient surtout à l'expérience des débutantes elles-mêmes ou celle de la préceptrice. De plus, si la littérature concernant le concept de collaboration est abondante, l'étude dans le contexte précis de l'intégration de CEPI est novatrice et permet d'approfondir les connaissances sur la manière dont ce concept est expérimenté par les infirmières au quotidien.

Une compréhension accrue de l'expérience des infirmières quant à ce phénomène a permis d'identifier des recommandations pour la pratique. Ces recommandations soulignent l'importance des gestes les plus simples au quotidien, tel faire le premier pas vers une CEPI ou encore la présenter au reste de l'équipe, et peuvent réellement faire une différence dans l'expérience de collaboration durant l'intégration, et ce pour l'ensemble de l'équipe. Si de futures recherches sont requises afin d'avoir une vision plus globale quant à l'expérience des

infirmières, cette étude permet d'entamer une réflexion. L'ensemble des infirmières a un rôle à jouer dans l'intégration des CEPI et nous croyons que leur mobilisation pour soutenir la relève peut contribuer à la qualité des soins offerts à la clientèle. Des stratégies visant à limiter les barrières à la collaboration comme la formation de cliques et la présence de comportements négatifs, seraient à privilégier pour contribuer, non seulement au bien-être des patients, mais également à celui de l'équipe de soins. Nous proposons, entre autres, la mise à l'essai et l'évaluation de certaines stratégies individuelles, telles des activités de pratique réflexive sur la collaboration, et organisationnelles, telles la clarification des règles entourant l'intégration et la promotion de la collaboration au sein de l'organisation, qui pourraient accroître la collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des CEPI.

## Références

## Références

- A dictionary of nursing* (6<sup>e</sup> éd.). (2015). Oxford University Press, doi : 10.1093/acref/9780199666379.001.0001
- Aein, F., Alhani, F., Mohammadi, E. et Kazemnejad, A. (2011). Struggling to create new boundaries : a grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 841-853. doi :10.1111/j.1365-2648.2010.05515.x
- Aiken, L.H., Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194. doi : 10.1067/mno.2002.126696
- Akeroyd, J.E. (2014). Cross-sector collaboration to increase active transportation : a grounded theory from the health sector perspective. *Oregon Health & Science University*. doi : 10.6083/M4RV0MD3
- Anderson, G., Hair, C. et Toderò, C. (2012). Nurse residency programs : An evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212. doi : 10.1016/j.profnurs.2011.11.020
- Anderson, T., Linden, L., Allen, M., et Gibbs, E. (2009). New graduate RN work satisfaction after completing an interactive nurse residency. *Journal of Nursing Administration*, 39(4), 165-169. doi : 10.1097/NNA.0b013e31819c9cac.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (1995). *Guide de référence sur le préceptorat : Enseigner et apprendre à l'aide de modèles cliniques*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Baggs, J.G. et Schmitt, M.H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the processes of collaboration in an MICU. *Research in Nursing and Health*, 20(1), 71-80. doi : 10.1002/(SICI)1098-240X(199702)20:1<71::AID-NUR8>3.0.CO;2-R
- Ballem, A. et MacIntosh, J. (2014). A narrative exploration : Experienced nurses' stories of working with new graduates. *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 374-387. doi : 10.1177/0193945913502131
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. Repéré à <http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/therapy-services/3%20-%20Benner%20-%20Novice%20to%20Expert-1.pdf>
- Broadbent, M., Moxham, L., Sander, T., Walker, S., et Dwyer, T. (2014). Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment : Perspectives of preceptors. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 403-409. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>

- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods* (2<sup>e</sup> éd.). Repéré à <http://www.comp.dit.ie/dgordon/Podcasts/Interviews/chap15.pdf>
- Chandler, G.E. (2012) Succeeding in the first year of practice. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(3), 103–107. doi : 10.1097/NND.0b013e31825514ee
- Chang, C., Lin, L., Chen, I., Kang, C., et Chang, W. (2015). Perceptions and experiences of nurse preceptors regarding their training courses : A mixed method study. *Nurse Education Today*, 35(1), 220-226. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.002>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Clancy, T.R. (2004). Navigating in a complex nursing world. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 274-282.
- Clancy, T.R., Effken, J.A. et Pesut, D. (2008). Applications of Complex systems theory in nursing education, research, and practice. *Nursing outlook*, 56(5), 248-56. doi : 10.1016/j.outlook.2008.06.010
- Clark, C.M. et Springer, P.J. (2012). Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing Outlook*, 60(4), 2-8. doi : 10.1016/j.outlook.2011.08.003
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, c I-8, r.9. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I\\_8/I8R9.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM)
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à [http://soi6202.fsiumontreal.ca/cours/ethique\\_pratique/files/module4/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://soi6202.fsiumontreal.ca/cours/ethique_pratique/files/module4/EPTC_2_FINALE_Web.pdf).
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry et research design : Choosing among five approaches* (3<sup>e</sup>éd.). Thousand Oaks, Californie : SAGE.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : Un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Boucherville, Qc. : Gaétan Morin Éditeur.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M.D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical

- frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (suppl. 1), 116-131. doi : 10.1080/13561820500082529
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martin-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), 1-14. doi : 10.1186/1472-6963-8-188
- DeMarco, R.F., Horowitz, J.A., et McLeod, D. (2000). A call to intraprofessional alliances. *Nursing Outlook*, 48(4), 172-178. doi : 10.1067/mno.2000.103104
- Douglas, S. et Machin, T. (2004). A model for setting up interdisciplinary collaborative working in groups : lessons from an experience of action learning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(2), 189-193. doi : 10.1111/j.1365-2850.2003.00707.x
- Duchscher, B. (2001). Out in the real world : Newly graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 426-439. Repéré à [http://www.academia.edu/5013521/Out\\_in\\_the\\_Real\\_World\\_Newly\\_Graduated\\_Nurses\\_in\\_Acute-care\\_Speak\\_Out](http://www.academia.edu/5013521/Out_in_the_Real_World_Newly_Graduated_Nurses_in_Acute-care_Speak_Out)
- Duchscher, J.B. (2008). A process of becoming : The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. doi : 10.3928/00220124-20081001-03
- Duddle, M. et Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29-37. doi : 10.1111/j.1365-2648.2007.04302.x
- Dyess, S.M. et Sherman, R.O. (2009). The first year of practice : New graduate nurses' transition and learning needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403-410. doi : 10.3928/00220124-20090824-03
- Faculté des sciences infirmières (2010). *Référentiel de compétences au baccalauréat*. Montréal, Qc. : Université de Montréal.
- Faculté des sciences infirmières (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Montréal, Qc. : Université de Montréal.
- Feng, J., Fetzer, S., Chen, Y., Yeh, L. et Huang, M. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse : A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483-1490. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2010.05.007
- Feng, R. et Tsai, Y. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2064-2071. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x
- Fink, R., Krugman, M., Casey, K. et Goode, C. (2008). The graduate nurse experience : qualitative residency program outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(7), 341-348. doi : 10.1097/01.NNA.0000323943.82016.48

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/What\\_sailingourNurses-f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/What_sailingourNurses-f.pdf)
- Freeling, M. et Parker, S. (2015). Exploring experienced nurses' attitudes, views and expectations of new graduate nurses : A critical review. *Nurse Education Today*, 35(2), e42-e49. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.011>
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine.
- Glaser, B.G. (1992). *Emergence versus forcing : Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA : Sociology Press.
- Haggerty, C., Holloway, K. et Wilson, D. (2013). How to grow our own : An evaluation of preceptorship in New Zealand graduate nurse programmes. *Contemporary Nurse*, 43(2), 162-171. Repéré à <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a6a041c7-eb40-410d-9b70-1415a8f3dd7b%40sessionmgr4001etvid=1ethid=4114>
- Henderson, A. et Eaton, E. (2013). Assisting nurses to facilitate students and new graduate learning in practice settings : What 'support' do nurses at the bedside need? *Nurse Education in Practice*, 13(3), 197-201. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.005>
- Henneman, E., Lee, J.L. et Cohen, J.I. (1995). Collaboration : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x/epdf>
- Herbig, B., Büssing, A. et Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 687-695. doi : 10.1046/j.1365-2648.2001.01798.x
- Hermanowicz, J. C. (2002). The Great Interview : 25 Strategies for Studying People in Bed. *Qualitative Sociology*, 25(4), 479-499. Repéré à <http://courses.washington.edu/thesis/the%20great%20interview.pdf>
- Higgins, G., Spencer, R.L. et Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the new nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30(6), 499-508. doi : 10.1016/j.nedt.2009.10.017
- Hoare, K.J., Mills, J. et Francis, K. (2013). Becoming willing to role model - Reciprocity between new graduate nurses and experienced practice nurses in general practice in New Zealand : A constructivist grounded theory. *Collegian*, 20(2), 87-93. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2012.03.009>

- Hofler, L.D. (2008). Nursing education and transition to the work environment : A synthesis of national reports. *Journal of Nursing Education*, 47(1), 5-12. Repéré à <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=62fa4a0d-5dec-47dd-881c-02a3be3d888e%40sessionmgr115etvid=1ethid=115>
- Hughes, B. et Fitzpatrick, J.J. (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional care*, 24(6), 625-632. doi : 10.3109/13 561 820 903 550 804
- Ivey, S., Brown, K., Teske, Y. et Silverman, D. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 17 (3), 189–195.
- Keepnews, D.M., Brewer, C.S., Kovner, C.T. et Shin, J.H. (2010). Generational differences among newly licensed registered nurses. *Nursing Outlook*, 58(3), 155-163. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2009.11.001>
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Halfer, D., Budin, W.C., Hall, D., .... Lemke, J. (2013). Components and strategies of nurse residency programs effective in new graduate socialization. *Western Journal of Nursing Research*, 35(5), 566-589. doi : 10.1177/0193945912459809
- Lacaze, D. (2007). La gestion de l'intégration en entreprise de service : L'apport du concept de socialisation organisationnelle. *Management et Avenir*, 4(14), 9-24. doi : 10.3917/mav.014.0009
- Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K. et Perry, L. (2015). Collaboration amongst clinical nursing leadership teams : a mixed-methods sequential explanatory study. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1126-1136. doi : 10.1111/jonm.12267
- Laschinger, H.K.S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 472-484. doi : 10.1111/j.1365-2834.2011.01293.x
- Laschinger, H.K.S., Grau, A.L., Finegan, J. et Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2732-2742. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N. et Drevniok, U. (2008). Pression sur les recrues infirmières. *Perspectives Infirmières*, 5(3), 31-33. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective\\_infirmieres/2008\\_vol05\\_n03/02\\_releve.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2008_vol05_n03/02_releve.pdf)
- Lincoln, Y.S. et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA : Sage Publications.

- Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives* (Adapté par D.F. Polit et C.T. Beck). Montréal, Qc. : ERPI.
- Luhanga, F.L., Dickieson, P. et Mossey, S.D. (2010). Preceptor preparation: An investment in the future generation of nurses. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1-18. doi : 10.2202/1548-923X.1940
- Ma, C., Shang, J. et Bott, M. (2015). Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 45(9), 435-442. doi : 10.1097/NNA.0000000000000229
- Malouf, N. et West, S. (2011). Fitting in : A pervasive new graduate nurse need. *Nurse Education Today*, 31(5), 488-493. doi : 10.1016/j.nedt.2010.10.002
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique*. MSSS. Repéré à [www.msss.gouv.qc.ca/extranet/defimo](http://www.msss.gouv.qc.ca/extranet/defimo)
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2011). *Portrait de la santé du Québec et de ses régions*. MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf>
- Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2419-1433. doi : 10.1111/jan.12464
- Moore, J. et Prentice, D. (2015). Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-7. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.011>
- Muir, J., Ooms, A., Tapping, J., Marks-Maran, D., Phillips, S. et Burke, L. (2013). Preceptors' perceptions of a preceptorship programme for newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 33(6), 633-638. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.001>
- Myers, S., Reidy, P., French, B., McHale, J., Chisholm, M. et Griffin, M. (2010). Safety concerns of hospital-based new-to-practice registered nurses and their preceptors. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), 163-171. doi : 10.3928/00220124-20100326-02
- Newhouse, R.P., Hoffman, J.J., Suflita, J. et Hairston, D.P. (2007). Evaluating an innovative program to improve new nurse graduate socialization into acute healthcare setting. *Nursing Administration Quarterly*, 31(1), 50-60. doi : 10.1097/00006216-200701000-00013
- OIIQ. (2011). *Candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI)*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/etudiant/fiche-cepi-fr.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/etudiant/fiche-cepi-fr.pdf)

- OIIQ. (2012). *La relève infirmière du Québec : Une profession, une formation — sommaire*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l\\_ordre/dossiers\\_strategiques/OIIQ\\_sommaire\\_releve\\_infirmiere\\_du\\_quebec.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/OIIQ_sommaire_releve_infirmiere_du_quebec.pdf)
- OIIQ. (2014). *Portrait de la relève infirmière 2013-2014*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/293S-portrait-releve-2013-2014.pdf>
- OIIQ. (2015, a). *Candidate à l'exercice de la profession infirmière*. Repéré à <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/diplomes-si/cepi>
- OIIQ. (2015, b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-statistique-2014-2015.pdf>
- Omansky, G.L. (2010). Staff nurses' experiences as preceptors and mentors : an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 697-703. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01145.x
- OMS (2010). *Framework for action on interprofessional education and practice*. Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf)
- Padgett, S.M. (2013). Professional collegiality and peer monitoring among nursing staff : An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1407-1415. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.022>
- Panzavecchia, L. et Pearce, R. (2014). Are preceptors adequately prepared for their role in supporting newly qualified staff? *Nurse Education Today*, 34(7), 1119-1124. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.03.001>
- Park, M. et Jones, C.B. (2010). A retention strategy for newly graduated nurses : An integrative review of orientation programs. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(4), 142-149. doi : 10.1097/NND.0b013e31819aa130
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G. et McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experience in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34(1), 150-156. doi : 10.1016/j.nedt.2012.07.003
- Pellico, L.H., Brewer, C.S. et Kovner, C.T. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing Outlook*, 57(4), 194-203. doi : 10.1016/j.outlook.2008.09.008
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, Qc. : Chenelière Éducation Inc.
- Pfaff, K., Baxter, P. et Ploeg, J. (2013). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 4-20. doi : 10.1111/jan.12195

- Poghosyan, L., Clarke, S.P., Finlayson, M. et Aiken, L.H. (2010). Nurse burnout and quality of care : Cross-sectional investigation in six countries. *Research in Nursing et Health*, 33(4), 288-298. doi : 10.1002/nur.20383
- Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*, C. I-8, r.2. Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I\\_8/I8R2.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R2.HTM)
- Richard, L., Gendron, S. et Cara, C. (2012). Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia : The Nursing Journal*, 4(4). Repéré à [http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM\\_DB/pdf/26689.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/26689.pdf)
- Richards, J. et Bowles, C. (2012). The meaning of being a primary nurse preceptor for newly graduated nurses. *Journal of Nurses in Staff Development*, 28(5), 208-213. doi : 10.1097/NND.0b013e318269fde8
- Romyn, D.M., Linton, N., Giblin, C., Hendrickson, B., Limacher, L.H., Murray, C....Zimmel, C.M. (2009). Successful transition of the new graduate nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6 (34), 1-17. doi : 10.2202/1548-923X.1802
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, supplement 1*, 132-147. doi : 10.1080/13561820500082677
- Smith, K., Lavoie-Tremblay, M., Richer, M. et Lanctot, S. (2010). Exploring nurses' perceptions of organizational factors of collaborative relationships. *The Health Care Manager*, 29(3), 271-278. doi : 10.1097/HCM.0b013e3181e9351a
- Sorensen, D., Frederiksen, K., Groefte, T. et Lomborg, K. (2013). Nurse-patient collaboration : A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 26-33. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.013
- Strauss, A. et Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory* (2<sup>e</sup> éd.). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Dohn, N.B. et Wagner, L. (2012). New qualified nurses - Experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Education Today*, 32(5), 551-555. doi : 10.1016/j.nedt.2011.07.008
- Tingleff, E.B. et Gildberg, F.A. (2014). New graduate nurses in transition : A review of transition programmes and transition experiences within mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 534-544. doi : 10.1111/inm.12087

- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches Qualitatives, Hors-Série(5)*, 38-45. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v5/trudel.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf)
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S.M., van Heusden, D., Wouters, K. et Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter : Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events - A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123-1134. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009
- Vogelpohl, D.A., Rice, S.K., Edwards, M.E. et Bork, C.E. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace : Have they experienced bullying ? *Journal of Professional Nursing*, 29(6), 414-422. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.10.008>
- Wolff, A.C., Pesut, B. et Regan, S. (2010). New graduate nurse practice readiness : perspectives on the context shaping our understanding and expectations. *Nurse Education Today*, 30(2), 187-191. doi : 10.1016/j.nedt.2009.07.011
- Zinsmeister, L.B. et Schafer, D. (2009). The exploration on the lived experience of the graduate nurse making the transition to registered nurse during the first year of practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 25(1), 28-34. doi : 10.1097/NND.0b013e318194b58c.

## **Annexes**

- 1. Tableau synthèse des écrits**
- 2. Guide d'entrevue**
- 3. Formulaire sociodémographique**
- 4. Exemples d'analyse**
- 5. Lettre d'invitation aux participantes**
- 6. Formulaire de consentement**
- 7. Instruction aux auteurs**

**Annexe 1 :**

**Tableau synthèse des écrits**

Référence	Devis	Méthode	Résultats	Critique
<b>Expérience des infirmières</b>				
<b>Expérience des infirmières soignantes</b>				
Ballem et McIntosh, 2014	Exploratoire narratif	<u>Milieu</u> : hospitalier, Nouveau-Brunswick <u>Échantillon</u> : 8 infirmières <u>Collecte de données</u> : entrevues individuelles <u>Analyse</u> : thématique	Thèmes : 1. les nouvelles s'en viennent 2. nous tenir sur le bout des pieds 3. soutenir la charge	Échantillon très homogène (femmes caucasiennes, ont pour la plupart déjà été préceptrices)  Extrapolation des résultats dans les recommandations  Les résultats concordent avec la pratique (selon expérience)
Duddle et Boughton, 2007	Étude de cas multiple	<u>But</u> : explorer la manière dont les infirmières interagissent entre elles dans le milieu de travail ainsi qu'identifier les facteurs qui influencent leurs interactions.  <u>Milieu</u> : unités d'un milieu hospitalier australien <u>Échantillon</u> : 3 cas (unités) types de participants : infirmières, gestionnaires échantillonnage de convenance : 15) <u>Collecte de données</u> : entrevues individuelles, conversations informelles, notes de terrain <u>Analyse</u> : thématique	1. interactions difficiles, surtout pour les nouvelles, mais les infirmières ne parlaient pas de l'impact de leur propre comportement et attitude sur ces difficultés 2. charge de travail contribue à la tension 3. Négociation du territoire : capacité à évaluer l'environnement pour éviter des conflits, se développer avec le temps 4. Résilience (ne prendre pas prendre les conflits personnels) se développe avec le temps	Réalisation des entrevues sur le milieu de travail, pas d'observation, en Australie
Freeling et Parker, 2015	Revue critique	Recension des études primaires avec combinaisons de mots clés et moteurs de recherche informatisés	Thèmes : - habiletés infirmières - préparation inadéquate en milieu académique - attitudes et culture organisationnelle - inquiétudes et confiance	Évaluation des recherches primaires  Revue de littérature : niveau de preuve

		Évaluation des écrits recensés pour déterminer leur transférabilité dans la pratique		
Hoare, Mills et Francis, 2013	Théorisation ancrée constructiviste	<u>Milieu</u> : Nouvelle-Zélande <u>Échantillon</u> : 5 débutantes et 6 infirmières <u>Collecte de données</u> : Entrevues <u>Analyse</u> : simultanée à la collecte	Devenir prêt - construire des relations respectueuses - se prouver - prise de décision judicieuse	Transférabilité (Nouvelle-Zélande)  Pertinence du devis
Hughes et Fitzpatrick, 2010	Descriptive comparative	<u>Milieu</u> : hôpital, É-U <u>Échantillon</u> : 53 médecins, 118 infirmières <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : statistique	Attitudes positives envers la collaboration pour tous, mais davantage pour les infirmières	Taille de l'échantillon  Collaboration inter professionnelle et non intra
Lamont et al., 2015	Étude exploratoire séquentielle avec méthode mixte	<u>Milieu</u> : Australie, centre tertiaire <u>Échantillon</u> : infirmières gestionnaires, formatrices et consultantes (106 pour sondage, 15 pour focus groupes) <u>Collecte de données</u> : <i>collaborative scale</i> et focus groupes <u>Analyse</u> : thématique	Thèmes : 1. rôle professionnel, attentes 1.1 transparence et clarté des rôles individuels 1.2 aspects intra/interprofessionnels du fonctionnement des rôles 2. Infrastructure organisationnelle et gouvernance	Taux de réponse : 67% Désirabilité sociale Australie
Moore et Prentice, 2015	Étude de cas	<u>Milieu</u> : centre d'oncologie canadien <u>Échantillon</u> : 14 infirmières <u>Collecte de données</u> : entrevues individuelles, documents (description d'emploi, documents de références) <u>Analyse</u> : thématique	L'art de danser ensemble Le point où trébucher	Sources de données diverses  Canadien

Padgett, 2013	Étude de cas ethnographique (Étude secondaire)	<u>Milieu</u> : unité de soins, centre hospitalier É-U <u>Échantillon</u> : 26 infirmières <u>Collecte de données</u> : entrevues semi-dirigées, observation participante <u>Analyse</u> : non explicite	Conditions de pratique : soins intégraux aux patients, beaucoup d'admissions et de congés, manque de personnel chronique, assistance mutuelle Explications sur l'hésitation à parler aux collègues (résolution de conflits) : raisons interpersonnelles et raisons organisationnelles  Emphase de l'autonomie plus que collaboration Besoin d'assistance mutuelle dans la pratique Incertitude concernant l'étendue d'autorité des infirmières, des responsabilités entre elles	Recommandent de faire de la recherche concernant la manière dont les infirmières collaborent  Observation et entrevues
<b>Expérience des infirmières préceptrices</b>				
Broadbent et al., 2014	Sondage mixte	<u>Milieu</u> : Australie <u>Cadre de référence</u> : paradigme constructiviste <u>Échantillon</u> : convenance, 34 infirmières préceptrices <u>Collecte de données</u> : questionnaires auto-rapportés <u>Analyse</u> : statistiques descriptives, analyse thématique	<u>Développement professionnel et personnel</u> : identifier des besoins de développements professionnels (82,4%), développer des habiletés et connaissances (79,4%), maintenir son identité professionnelle (85,3%) <u>Conditions des préceptrices</u> : opinion partagée sur la préparation au rôle <u>Difficultés</u> : Confusion liée au rôle, manque de temps, manque de soutien des universités <u>Aspects positifs</u> : Amenés par les étudiants : nouvelle vision des choses, discussions sur des sujets contemporains, réflexion sur la pratique Aider les étudiants : voir l'évolution des étudiants, avoir une influence positive	Échantillon limité (34) Milieu : une seule université en Australie  Résultats cohérents avec la littérature
Chang et al., 2015	Mixte	<u>Milieu</u> : hôpitaux, Taiwan <u>Échantillon</u> : 386 infirmières préceptrices <u>Collecte de données</u> : sondage et focus groupes <u>Analyse</u> : statistiques descriptives, analyse de contenu	La majorité des préceptrices considèrent leur préparation au rôle de préceptrice insuffisante. Le cours le plus utile porterait sur la communication, le moins utile serait sur les théories d'apprentissage Thèmes : Manque de préparation Cours plus théoriques que pratiques	Transférabilité : Taiwan, programme de formation des préceptrices peuvent varier  Résultats du sondage concordent avec les focus groupes.  Cohérent avec la pratique.

			Expérience de stress provenant de différentes sources	
Muir et al., 2013	Mixte	<p><u>Milieu</u> : National health service à Londres</p> <p><u>Échantillon</u> : 90 précepteurs</p> <p><u>Collecte de données</u> : questionnaire et entrevues individuelles</p> <p><u>Analyse</u> : Framework method</p>	<p>Le développement personnel des débutants</p> <p>Le développement des habiletés de communication des débutants</p> <p>Le développement clinique des débutants</p> <p>Le développement des relations professionnelles des débutants</p> <p>Valeur du programme de préceptorat pour l'organisation</p> <p>Valeur d'être un précepteur pour son propre développement professionnel</p>	Données qualitatives confirment les résultats statistiques
Myers et al., 2010	Exploratoire	<p><u>Milieu</u> : hospitalier urbain</p> <p><u>Échantillon</u> : 6 groupes de débutants, 7 groupes de précepteurs</p> <p><u>Collecte de données</u> : focus groupes</p> <p><u>Analyse</u> : codage initial, conceptuel</p>	<p>Développement du rôle et des habiletés</p> <p>Stratégies d'enseignement des précepteurs</p> <p>Pensée critique et communication</p> <p>Aspects techniques</p> <p>Barrières</p> <p>Préparations à la profession</p> <p>Expérience clinique</p> <p>Support à la pratique clinique</p> <p>Rétroaction</p> <p>Élever</p> <p>Orientation</p>	<p>Grand échantillon</p> <p>Thèmes peu originaux et peu approfondis</p>
Omansky, 2010	Revue intégrative	<p><u>Milieu</u> : articles provenant de l'Australie, du Canada, de la Suisse, du Royaume-Uni et des États-Unis</p> <p><u>Collecte de données</u> : articles de recherches et de sujet sur les bases de données</p>	<p>Ambigüité du rôle</p> <p>Conflit de rôle</p> <p>Surcharge du rôle</p>	<p>Revue de littérature : Niveau de preuve</p> <p>Transférabilité</p>
Panzavecchia et Pearce, 2014	Qualitative descriptive	<p><u>Milieu</u> : UK, hospitalier</p> <p><u>Échantillon</u> : 30 précepteurs (5 pour entrevues)</p>	<p>Manque de préparation au rôle</p> <p>Attentes des précepteurs et perception du rôle</p> <p>Limites et difficultés</p>	Influence possible de l'analyse basée sur un cadre de référence

		<u>Collecte de données</u> : questionnaires et entrevues semi-structurées <u>Analyse</u> : théorique		
Richards et Bowles, 2012	Phénoménologie	<u>Milieu</u> : É-U <u>Échantillon</u> : 6 infirmières <u>Collecte de données</u> : Entrevues semi-dirigées <u>Analyse</u> : Nvivo, audit	Engagement professionnel Motivation interne Porter plusieurs chapeaux Propriété partagée Au-delà d'être précepteur Élever nos jeunes Besoin de support Balancer la pratique autonome et la sécurité des soins Reconnaître l'individu Placer la scène pour le succès Connexion pour la pratique clinique	Expériences des chercheurs dans le domaine  Période de 3-6 mois entre la première entrevue et l'entrevue de suivi
<b>Expérience des infirmières débutantes</b>				
Anderson et al., 2009	Mixte	<u>Milieu</u> : É-U, milieu hospitalier <u>Échantillon</u> : 90 infirmières débutantes <u>Collecte de données</u> : questionnaire (likert) avant et après le programme d'intégration	<u>Éléments de satisfaction</u> : Issue des patients, travail d'équipe <u>Éléments de non-satisfaction</u> : Manque de travail d'équipe, Horaire et dotation <u>Engagement des employés</u> : Augmentation de satisfaction, confiance en leur rôle infirmier, augmentation de compétence (Constance avant, après le programme et 1 an après)	Transférabilité : réalisé aux États- Unis, programme d'intégration interactif (est-ce similaire à ce qui est fait au Québec ?)  Bonne taille d'échantillon, collecte de données en trois temps pertinente.
Clark et Springer, 2012	Qualitative descriptive	<u>Milieu</u> : hospitalier, É-U <u>Échantillon</u> : 37 infirmières débutantes <u>Collecte de données</u> : focus groupes <u>Analyse</u> : thématique	Thèmes : Rythme dans le chaos Se sentir estimé Stress de ne pas savoir et des conflits Apprentissage d'une vie Préserver la profession	Bonne taille d'échantillon  Correspond à ce qui peut être constaté dans la pratique  Cohérent avec la littérature
Duchscher, 2001	Phénoménologie	<u>Milieu</u> : 3 hôpitaux canadiens <u>Échantillon</u> : 6 infirmières débutantes	Thèmes : Faire des soins infirmiers Le sens des soins infirmiers Être une infirmière	Petite taille d'échantillon

		<p><u>Collecte de données</u> : 2 entretiens (semi-structurée après 2 mois de début d'emploi, après 6 mois), journaux tenus par les participants</p> <p><u>Analyse</u> : comparaison constante</p>		<p>Collecte de données riche : entretiens en profondeur à deux moments et journaux</p> <p>Expérience importante du chercheur dans le milieu : influence potentielle</p>
Duchscher, 2008	Approche qualitative générique	<p><u>Milieu</u> : 2 villes canadiennes</p> <p><u>Échantillon</u> : 14 diplômées (BAC)</p> <p><u>Collecte de données</u> : Sur 18 mois, données sociodémographiques, entretiens à 1, 6, 9, 12 et 18 mois après le début d'emploi, focus groupes, questionnaires pré-entretiens</p> <p><u>Analyse</u> : non mentionnée</p>	<p>Trois stades de transition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire</li> <li>- Être</li> <li>- Savoir</li> </ul>	<p>Informations très sommaires de la méthode</p> <p>Aucune mention de saturation de données (mais étude sur 10 ans avec travail doctoral)</p>
Dyess et Sherman, 2009	Qualitatif	<p><u>Milieu</u> : pas explicite (community-based ?)</p> <p><u>Échantillon</u> : 81 infirmières débutantes</p> <p><u>Collecte de données</u> : focus groupes pré-post programme d'intégration</p> <p><u>Analyse</u> : herméneutique</p>	<p>Thèmes :</p> <p>Confiance vs peur</p> <p>Communication moins que parfaite</p> <p>Vivre de la violence horizontale</p> <p>Perception d'isolement professionnel</p> <p>Unités complexes nécessitent prise de décisions complexes</p> <p>Informations contradictoires</p>	<p>Peu d'informations sur la méthode</p> <p>Qualitatif : Quel devis ? pas clair</p> <p>Bon échantillon</p>
Feng et Tsai, 2012	Qualitatif descriptif	<p><u>Milieu</u> : Taiwan</p> <p><u>Échantillon</u> : 7 débutantes</p> <p><u>Collecte de données</u> : entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation de données</p> <p><u>Analyse</u> : simultané à la collecte, analyse de contenu et mémos</p>	<p>Thèmes :</p> <p>Chaos écrasant</p> <p>Apprendre en faisant</p> <p>Être un initié</p>	<p>Limite de transférabilité : Taiwan</p>

Fink et al., 2008	Étude qualitative secondaire à un sondage	<u>Milieu</u> : É-U <u>Échantillon</u> : 1058 débutantes <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : analyse de contenu	Habilités Stresseurs Difficultés de transition de rôle : changements de rôle, manque de confiance, charge de travail, peurs et problèmes d'orientation Support et intégration : support augmenté, orientation améliorée, environnement de travail et socialisation	Attrition pouvant avoir affecté la validité
Malouf et West, 2011	Étude qualitative secondaire (théorisation ancrée)	<u>Milieu</u> : Australie <u>Échantillon</u> : 9 infirmières débutantes <u>Collecte de données</u> : entrevues en profondeur (3 par participant) <u>Analyse</u> : théorique	Ne pas vouloir sembler stupide S'intégrer ... encore	Trois entrevues successives avec les participants : richesse des données
Thrysoe et al., 2012	Phénoménologie herméneutique	<u>Milieu</u> : hospitalier <u>Échantillon</u> : 9 infirmières débutantes <u>Collecte de données</u> : observation participante et entrevues individuelles <u>Analyse</u> : dialectique	Interactions dans une communauté de pratique Interactions professionnelles Conditions qui encouragent la participation Conditions qui nuisent à la participation Interactions sociales	Échantillonnage restreint  Sources de données
<b>Collaboration</b>				
<b>Définitions</b>				
D'Amour et al., 2005	Revue de littérature	Identifie des écrits sur les définitions et les concepts associés et sur les cadres de référence variés (17 écrits)	1. le concept de la collaboration est défini par 5 concepts : partage, partenariat, pouvoir, interdépendance, processus 2. les modèles les plus complets de la collaboration semblent être ceux basés sur un cadre théorique solide, soit en théorie organisationnelle, en sociologie organisationnelle et sur les données empiriques 3. il y a un nombre important et varié de manières dont les auteurs conceptualisent la collaboration et dans les facteurs qui l'influence	Évaluation des écrits recensés  Revue de littérature : Niveau de preuve

			4. les cadres n'ont pas établi de liens clairs entre les éléments du modèle et les produits 5. la littérature ne fournit pas de manière d'intégrer le patient dans l'équipe	
D'Amour et al., 2008	Étude multi-cas	<u>Milieu</u> : centres offrant des soins en périnatalité au Québec <u>Échantillon</u> : 33 questionnaires et professionnels travaillant dans quatre régions <u>Collecte de données</u> : Entrevues semi-structurées <u>Analyse</u> : mixte (inductive et déductive)	Les indicateurs de la collaboration se sont montrés valides, malgré quelques modifications  Grande variation entre les niveaux de collaboration entre les cas et sur les différentes dimensions  Trois niveaux de collaboration : active, en développement, potentielle	Pertinence : cadre de référence de l'étude  Transférabilité : Québec
Henneman et al., 1995	Analyse de concept	Non explicite	Attributs définissant le concept Antécédents Conséquences Référénts empiriques	Date de 1995
<b>Facteurs d'influence</b>				
Moore et Prentice, 2015	Étude de cas	<u>Milieu</u> : centre d'oncologie canadien <u>Échantillon</u> : 14 infirmières <u>Collecte de données</u> : entrevues individuelles, documents (description d'emploi, documents de références) <u>Analyse</u> : thématique	L'art de danser ensemble Le point où trébucher	Sources de données diverses  Canadien
Pfaff et al., 2013	Revue intégrative	Guidé par le cadre révisé de Knafi pour les revues intégratives <u>Échantillon</u> : 26 articles <u>Collecte de données</u> : écrits nord-américains entre 2000 et 2012	Facteurs individuels Facteurs d'équipe Facteurs organisationnels	Transférabilité : nord-américain  Échantillon de 26 écrits  Augmentation de la transférabilité étant donné la provenance nord-américaine des écrits, ce qui comprend donc des études canadiennes. De plus, les recherches primaires ont été révisées par des

				pairs, ce qui en augmente la crédibilité
San Martin-Rodriguez et al., 2005	Recension	<u>Échantillon</u> : études empiriques <u>Collecte de données</u> : mots clés divers, 1980-2003, moteurs de recherche	Déterminants systémiques : système social, système culturel, système professionnel, système éducationnel Déterminants organisationnels : structure organisationnelle, philosophie de l'organisation, support administration, ressources d'équipe, mécanismes de coordination et de communication Déterminants interactionnels : volonté à collaborer, confiance, communication, respect mutuel	Illustration de l'application des écrits dans la pratique (Canada)
Smith et al., 2010	Étude descriptive	<u>Milieu</u> : unités de médecine et chirurgie <u>Échantillon</u> : 8 <u>Collecte de données</u> : <u>Analyse</u> : statistique	La collaboration est un élément clé pour un environnement de travail sain. 1. être disponible pour la collaboration 2. temps et horaire de travail	Petit échantillon, un seul milieu, toutes des femmes.
<b>Résultats et problématiques</b>				
Aiken et al., 2002	Cross-sectional survey	<u>Milieu</u> : É-U, Canada, U-K hospitalier <u>Échantillon</u> : 10319 infirmières dans 303 hôpitaux <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : statistiques	Insatisfaction, épuisement et inquiétudes sur la qualité des soins  Support de l'organisation aurait un effet prononcé sur l'insatisfaction et l'épuisement	Grand échantillon
Chandler, 2012	Qualitative descriptive	<u>Milieu</u> : É-U <u>Échantillon</u> : 36 infirmières <u>Collecte de données</u> : entrevues semi-structurées <u>Analyse</u> : inductive	Ils étaient là pour moi Il n'y a pas de questions stupides S'occuper des graines	Grand échantillon
Laschinger et al., 2010	Cross-sectional survey	<u>Milieu</u> : hospitalier, Canada <u>Échantillon</u> : 415 infirmières	L'empowerment structurel est liée négativement à l'exposition à l'intimidation	L'étude ne prend pas en considération les dispositions personnelles et les variables situationnelles

		<u>Collecte de données</u> : questionnaires <u>Analyse</u> : statistique	<p>L'exposition à l'intimidation serait liée de manière significative à trois éléments de l'épuisement professionnel</p> <p>Épuisement émotionnel aurait un effet direct sur le cynisme, qui lui, peut avoir un effet sur l'efficacité.</p>	
Laschinger, 2012	Cross-sectional survey	<u>Milieu</u> : Hospitalier, Canada <u>Échantillon</u> : 342 <u>Collecte de données</u> : questionnaire <u>Analyse</u> : statistique	<p>Les débutantes dans leur deuxième année de pratique ont rapporté un niveau plus élevé concernant les conditions de support au travail.</p> <p>L'engagement des infirmières serait plus élevé avec un précepteur démontrant du leadership authentique.</p> <p>L'exposition à l'intimidation serait plus élevée durant la deuxième année de pratique.</p> <p>L'épuisement professionnel et l'engagement au travail/l'empowerment structurel et le leadership authentique seraient fortement liés à la satisfaction au travail et à l'intention de quitter.</p>	Transférabilité accrue : Ontario
Ma et al., 2015	Cross-sectional survey	<u>Milieu</u> : É-U, 220 hôpitaux dans 41 états <u>Échantillon</u> : 29742 infirmières sur 1228 unités <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : régression linéaire multi niveaux	<p>Une bonne collaboration et le leadership infirmier sont associés à une diminution de l'intention de quitter, augmentation de la satisfaction au travail, meilleure qualité des soins rapportée par les infirmières</p>	Grandeur de l'échantillon
Poghosyan et al., 2010	Analyse secondaire : cross-sectional	<u>Milieu</u> : 6 pays (É.-U., Canada, UK, Allemagne, N-Z, Japon) <u>Échantillon</u> : 53846 infirmières <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : variable dépendante = évaluation	<p>Un niveau élevé d'épuisement professionnel serait lié à une diminution de la qualité perçue des soins, peu importe les caractéristiques des infirmières et les conditions de travail.</p>	<p>Collecte de donnée exhaustive : 6 pays, sur 7 ans</p> <p>Qualité des soins perçue par les infirmières VS qualité des soins évaluée par le patient ou organisme externe</p>

		de la qualité des soins par les infirmières Variable indépendante = épuisement professionnel		
Van Bogaert et al., 2014	Cross-sectional survey	<u>Milieu</u> : Hôpital, Belgique <u>Échantillon</u> : 1108 infirmières <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : statistique	La charge de travail, la latitude dans la prise de décision et le capital social auraient un impact sur la satisfaction au travail, les intentions de quitter et l'évaluation de la qualité des soins par les infirmières L'épuisement professionnel serait lié à des incidents pour le patient, tels des plaintes, des chutes, des infections nosocomiales et des erreurs de médicaments.	Transférabilité
Vogelpohl et al., 2013	Étude quantitative descriptive	<u>Milieu</u> : USA <u>Échantillon</u> : 135 infirmières <u>Collecte de données</u> : sondage <u>Analyse</u> : statistique	1/3 infirmières débutantes seraient insatisfaites par leur performance au travail et considéreraient quitter leur travail ou la profession à cause d'intimidation L'intimidation proviendrait principalement des pairs et des familles des patients	Petit échantillon Faible taux de participation
<b>Intégration</b>				
<b>Stratégies facilitant l'intégration</b>				
Haggerty et al., 2013	Longitudinale, mixte	<u>Milieu</u> : Nouvelle-Zélande <u>Échantillon</u> : 8 cas <u>Collecte de données</u> : Questionnaires, études de cas, entrevues individuelles <u>Analyse</u> : non spécifié	Accès au précepteur Importance de la relation précepteur/débutante Préparation des précepteurs à leur rôle Culture de support	Transférabilité : Nouvelle-Zélande  Manque de précisions sur la méthode de recherche
Hofler, 2008	Revue de littérature	Rapports nationaux datant de 1995 à 2005 (É-U) 35 rapports	Capacité et infrastructures du système d'éducation Collaboration et intégration Système de distribution pour le développement de main-d'œuvre qualifiée Accréditation Transition dans le milieu de travail	Seules les recommandations finales des rapports ont été évaluées
Kramer et al., 2013	Qualitative	<u>Milieu</u> : 20 hôpitaux <u>Échantillon</u> : 82 observés, 907 rencontrés	Délégation Priorisation Gérer les soins au patient Autonomie clinique	Grand échantillon Variété des méthodes de collecte de données

		<u>Collecte de données</u> : entrevues individuelles et de groupe, observation participante <u>Analyse</u> : comparative constante	Collaboration Résolution de conflits Rétroaction pour la confiance en soi	
Luhanga et al., 2010	Descriptive qualitative	<u>Milieu</u> : Canada <u>Échantillon</u> : 22 <u>Collecte de données</u> : Entrevues individuelles et de groupe <u>Analyse</u> : contenu	Ressources accessibles Complexité du rôle Partenaires de préceptorat Développement du rôle	Un seul hôpital
Missen et al., 2014	Revue systématique	Synthèse narrative, articles quantitatifs datant de 2000-2012 338 identifiés : 11 articles retenus	Programmes d'intégrations sont nécessaires pour créer des environnements de travail qui soutiennent les infirmières débutantes  Augmentation de la satisfaction au travail et rétention	La démarche de recherche d'écrits incluait de nombreuses stratégies, dont la consultation d'écrits non publiés, la consultation de sites web pertinents et l'utilisation d'écrits provenant de la liste de références De plus, il y a eu triangulation des chercheurs tout au long du processus, ce qui diminue la subjectivité de l'analyse (Loiselle &Profetto-McGrath, 2007). Le devis quantitatif des études primaires était pertinent, car permet de comprendre l'impact réel des programmes d'orientation. Cependant, il ne s'agissait que d'études américaines, ce qui en limite la transférabilité dans d'autres contextes
Newhouse et al., 2007	Quasi- expérimental, post test avec groupe contrôle	<u>Milieu</u> : hôpital <u>Échantillon</u> : 73 départ, 237 6mois, 212 12 mois <u>Collecte de données</u> : questionnaires <u>Analyse</u> : statistique	Augmentation de la rétention avec le programme d'intégration	Programme spécifique

Park et Jones, 2010	Revue intégrative	Écrits publiés entre 1990-2007	Programmes d'intégration : Soutiennent la confiance et la compétence des débutantes concernant les soins au patient Augmentent la rétention	Niveau de preuve Les études primaires qualitatives et quantitatives permettent d'obtenir une vision plus globale de la problématique et des programmes d'orientation. De plus, les études primaires jugées de faible qualité ont été exclues de l'échantillon tout en préservant un échantillon de taille adéquat, ce qui assure un niveau de preuve supérieur. Également, les écrits proviennent de près de 20 ans de recherche, ce qui permet un aperçu global de la littérature disponible sur le sujet. Par contre, les études primaires étaient principalement descriptives, ce qui limite la compréhension de l'impact des programmes d'orientation. De plus, seules des recherches américaines furent recensées, ce qui limite la transférabilité
Tingleff et Gildberg, 2014	Revue de littérature	14 écrits publiés entre 2000 et 2013 concernant la transition dans les milieux en santé mentale  Analyse thématique	Éducation infirmière Programmes d'intégration et évaluations Environnement de travail Rôle des infirmières débutantes	Écrits revus par les pairs, mais hétérogènes. De plus, la variété des langues dans laquelle les écrits ont été publiés ainsi que leurs nombreux pays d'origine augmente la littérature pertinente ayant pu être repérée. Cependant, peu d'information concernant les détails des activités pédagogiques était présentée et le fait qu'il s'agissait de programme spécifique aux milieux en santé mentale réduit la transférabilité

**Annexe 2 :**  
**Guide d'entrevue**



**Titre de l'étude : La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière : Expériences d'infirmières**

**Ouverture**

- 1.1. Bonjour, je m'appelle Stéphanie Carrier-Corbeil, infirmière clinicienne et étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal. Tout d'abord, merci d'avoir accepté de prendre de votre temps pour me rencontrer.
- 1.2. Mon projet de mémoire porte sur la collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de CEPI. J'aimerais donc vous poser quelques questions sur votre expérience de collaboration durant l'intégration de CEPI.
- 1.3. L'entrevue devrait durer entre 60 et 90 minutes. Est-ce qu'il s'agit d'un moment opportun pour vous ?

**2. Expérience d'interactions infirmières-CEPI**

- 2.1. Parlez-moi de vos interactions avec vos collègues CEPI.
  - 2.1.1. Quelle est votre expérience de travailler au côté de CEPI ?
  - 2.1.2. Comment se déroulent vos contacts avec eux ?
  - 2.1.3. Dans quel contexte interagissez-vous avec eux ?

**3. Collaboration observée entre les infirmières de l'équipe**

- 3.1. Finalisation
  - 3.1.1. Comment définiriez-vous la collaboration professionnelle ?
  - 3.1.2. Cette définition est-elle partagée par les membres de l'équipe ?
  - 3.1.3. Qu'est-ce qui vous rassemble en tant qu'équipe ?

3.1.4. Qu'est-ce vous motive à travailler en collaboration avec vos collègues infirmières et CEPI ?

### 3.2. Intériorisation

3.2.1. Comment apprenez-vous à connaître vos collègues infirmières et CEPI au plan personnel et professionnel ?

3.2.2. Comment décririez-vous la relation entre les infirmières et les CEPI de l'équipe de soin ?

### 3.3. Formalisation

3.3.1. Quelles sont les règles à respecter au sein de l'équipe ?

3.3.1.1. De quelles manières ces règles sont-elles mises en œuvre ?

3.3.2. De quelle manière communiquez-vous avec les autres infirmières et les CEPI ?

### 3.4. Gouvernance

3.4.1. Selon vous, qu'est-ce qui influence le plus la collaboration entre les infirmières et les CEPI de votre équipe ?

3.4.2. De quelle manière cela influence-t-il la collaboration ?

3.4.3. Comment l'établissement perçoit-il la collaboration ?

4. Décrivez-moi, dans une journée, comment vous collaborez avec vos collègues en période d'intégration de CEPI ?

4.1. Comment vos collègues collaborent-elles en période d'intégration de CEPI ?

### Liste de questions générales :

Que voulez-vous dire par « \_\_\_\_\_ » ?

Qu'est-ce que cela signifie pour vous ?

Donnez-moi un exemple concret de ce dont vous parlez.

Comment cela est-il vécu par vos collègues ?

Comment, selon vous, cela est-il vécu par les CEPI ?

Qu'est-ce que vous appréciez le plus/le moins ?

## 5. Conclusion

5.1. Si je résume, vos interactions avec vos collègues CEPI sont

\_\_\_\_\_. Vous décrivez la collaboration sur votre département  
comme étant caractérisée par \_\_\_\_\_. Est-ce que cela résume  
bien vos propos ?

5.2. Auriez-vous autre chose à ajouter avant de conclure cette rencontre ?

5.3. Merci infiniment d'avoir pris le temps de me rencontrer et de la générosité de vos  
réponses. Permettez-vous que je vous recontacte si j'ai besoin d'autres informations ?

C'était un plaisir de discuter avec vous, à la prochaine.

**Annexe 3 :**  
**Formulaire sociodémographique**



**Titre de l'étude : La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière : Expériences d'infirmières**

**Code du participant :** \_\_\_\_\_

**Âge :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F  M

**Unité de soins :** \_\_\_\_\_

**Poste :** \_\_\_\_\_

**Nombre de jours travaillés par quinzaine :** \_\_\_\_\_

**Quart de travail :** Jour  Soir  Nuit

**Niveau d'études en soins infirmiers :** DEC  Baccalauréat  Certificat  DESS   
Maîtrise  Doctorat

**Nombre d'années d'expérience comme infirmière :** \_\_\_\_\_

**Nombre d'années d'expérience comme infirmière sur l'unité :**

\_\_\_\_\_

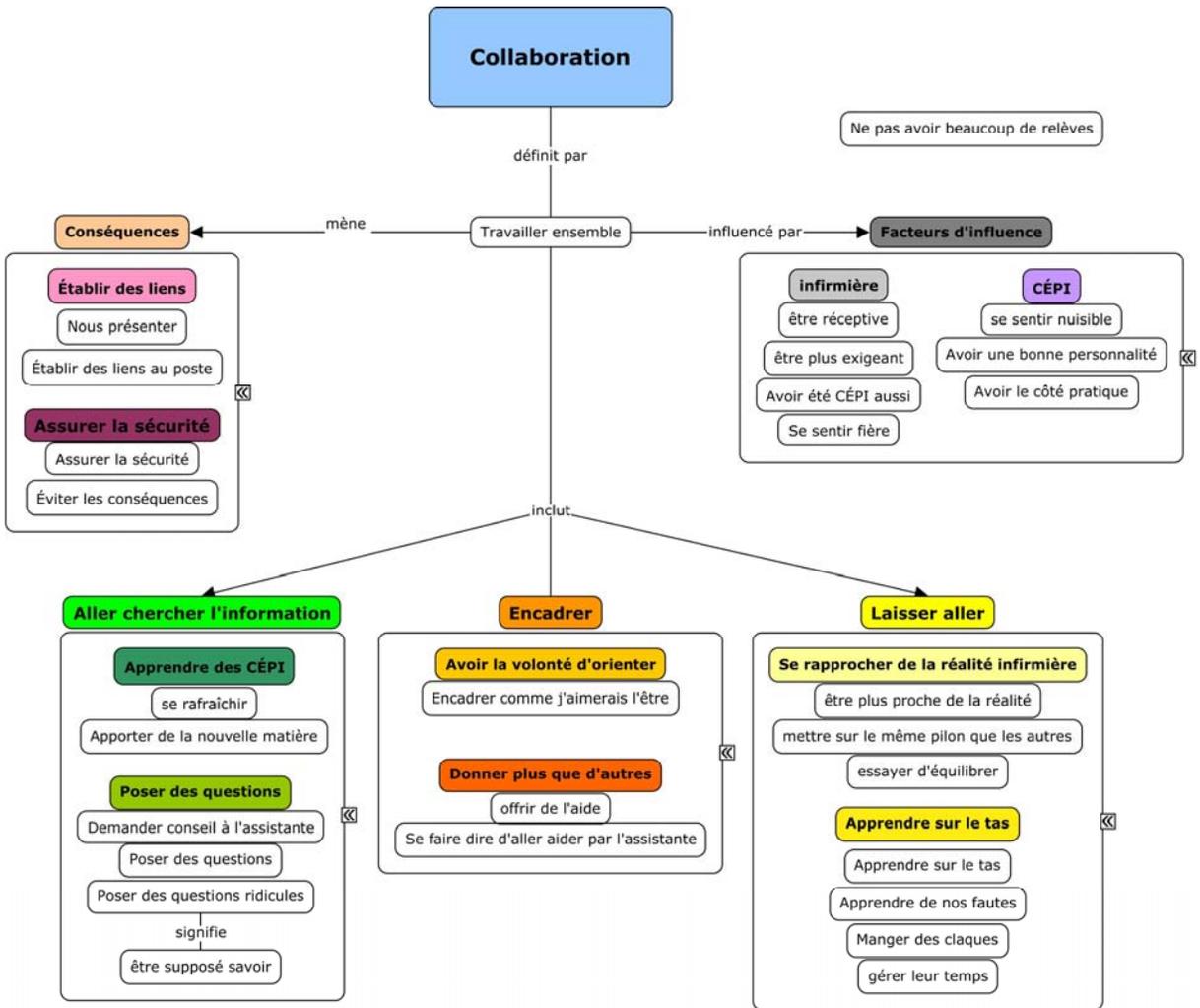
**Expérience comme préceptrice :**

Jamais  Dans la dernière année  Dans les cinq (5) dernières années

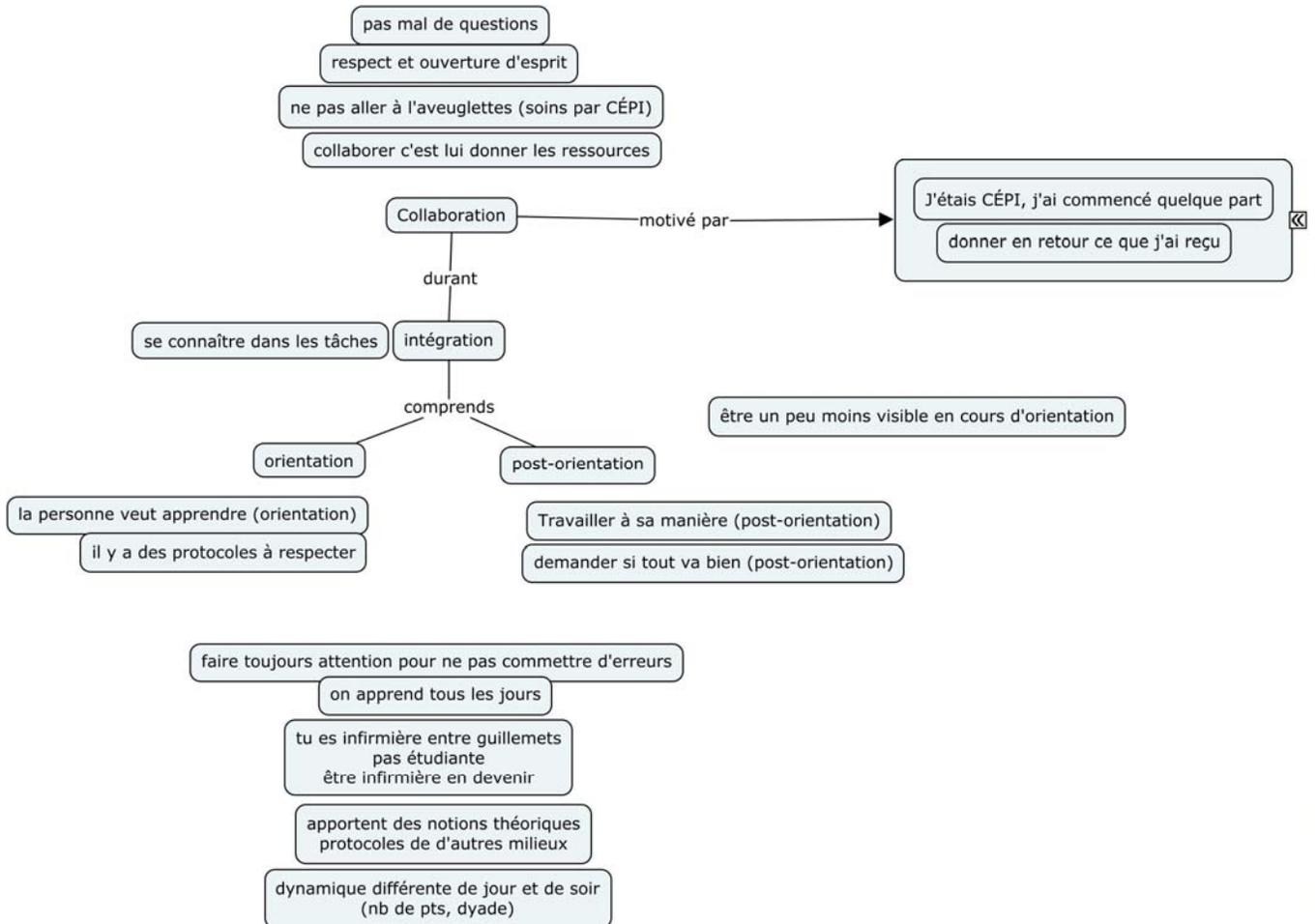
Il y a plus de cinq (5) ans

**Annexe 4 :**  
**Exemples d'analyse**

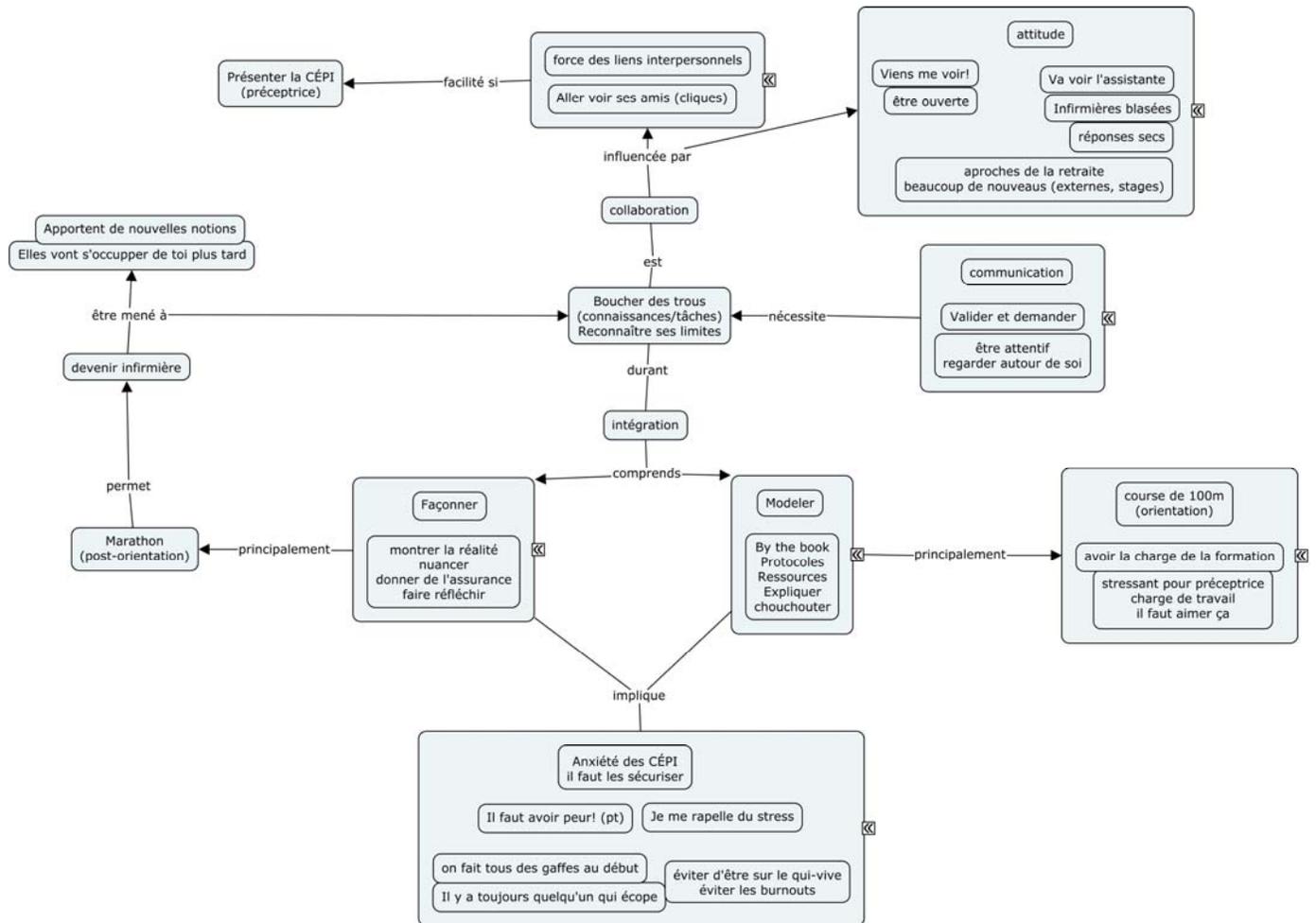
# Entrevue # 1



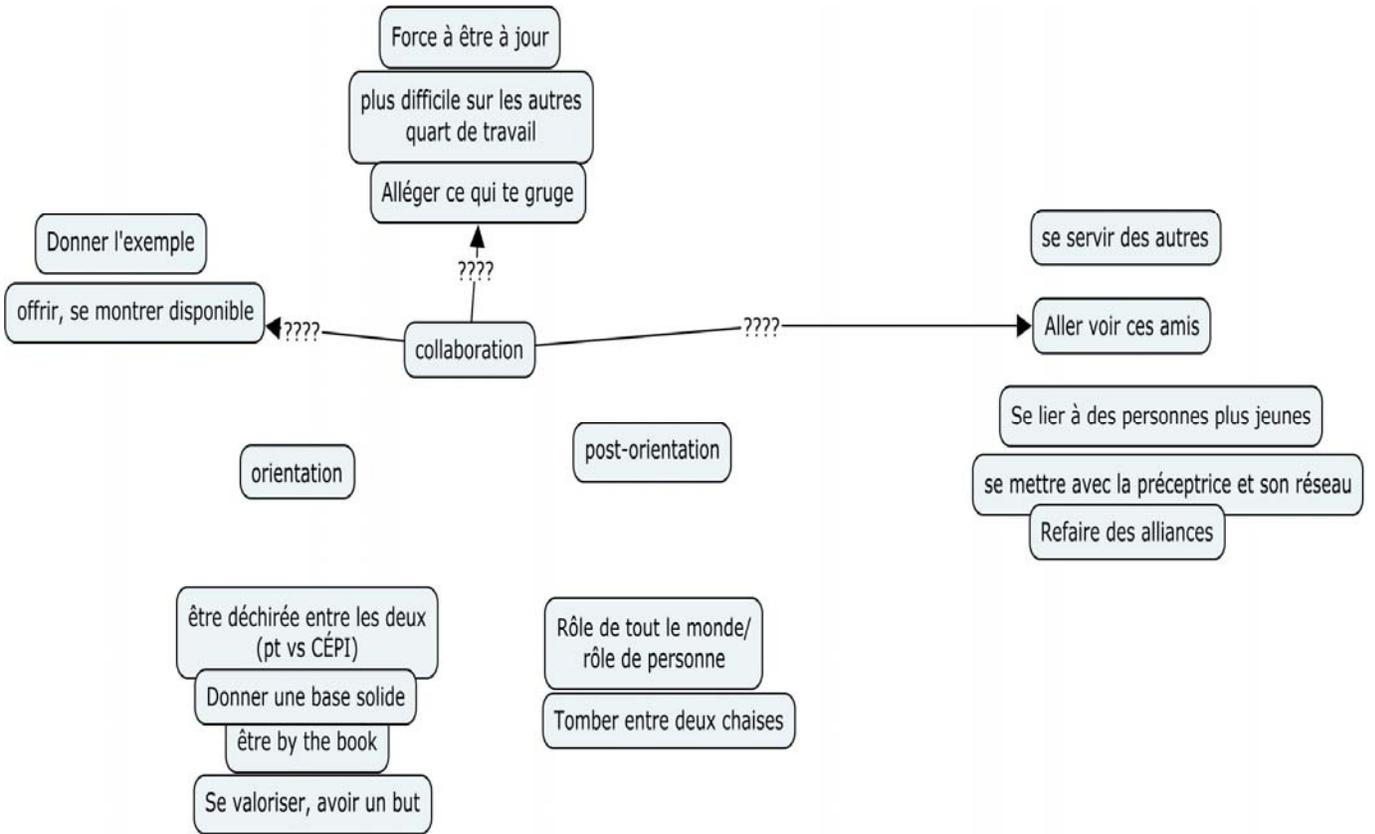
## Entrevue # 2



### Entrevue # 3



Entrevue # 4



## Schéma version # 1

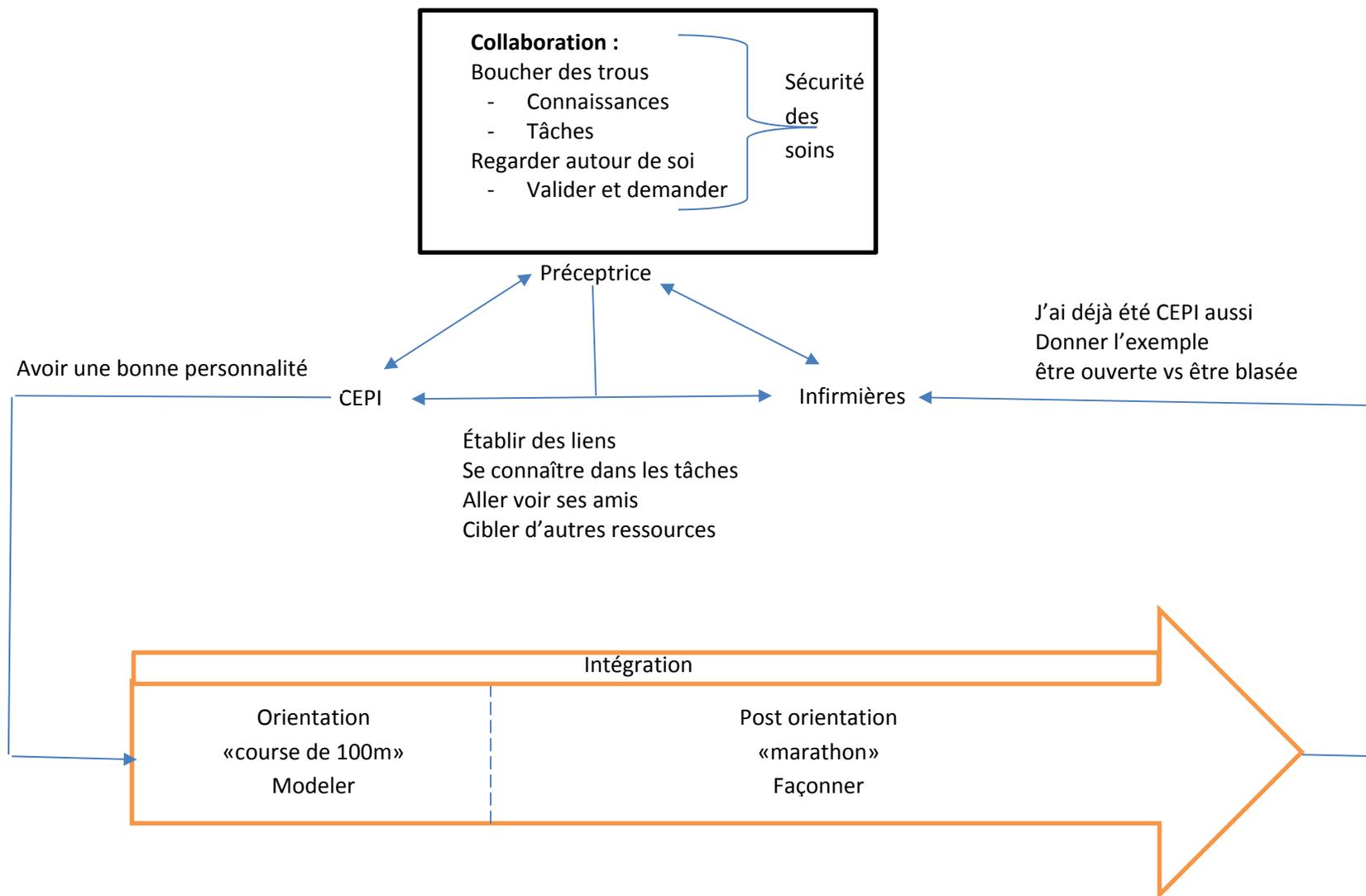
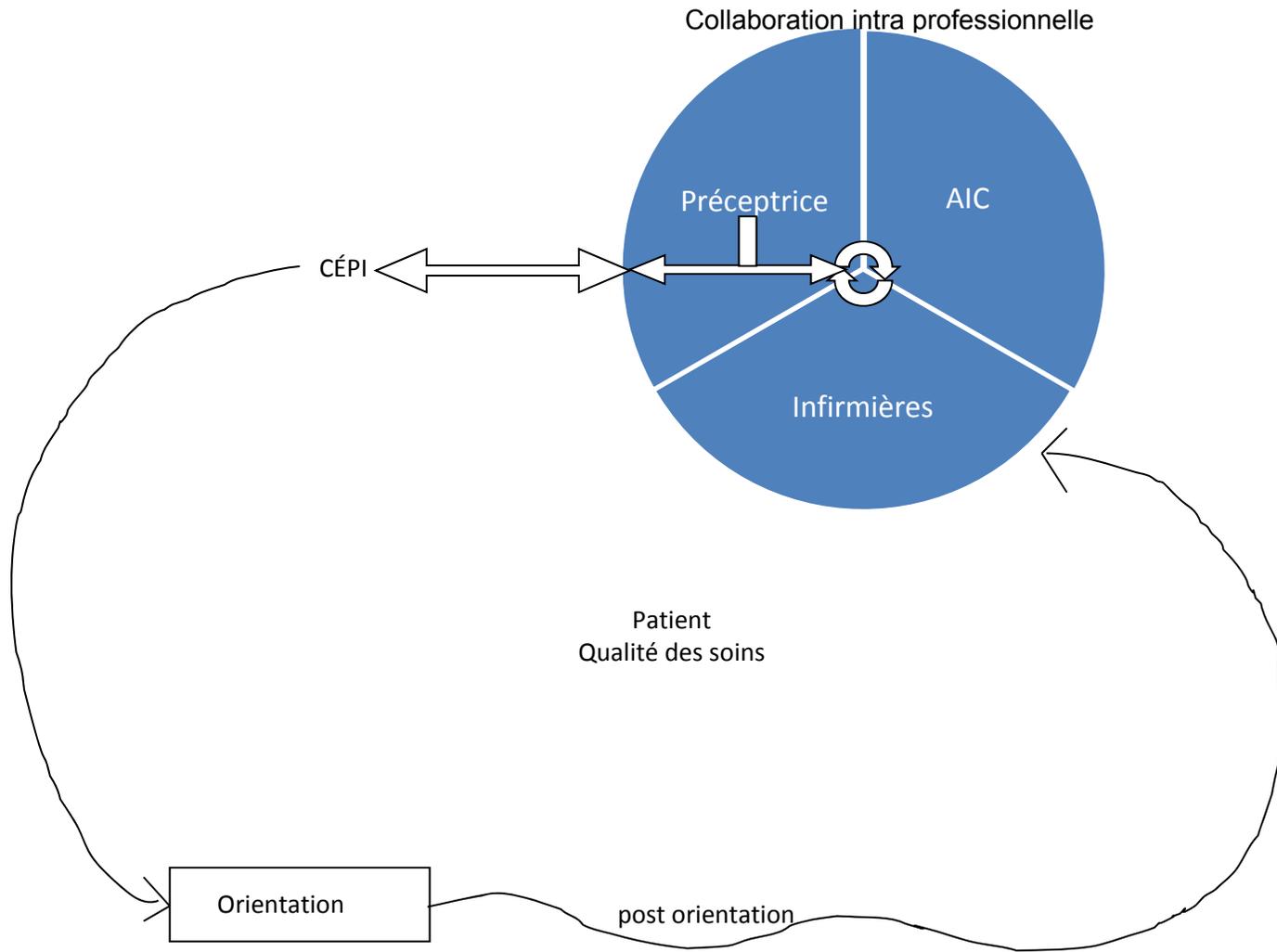
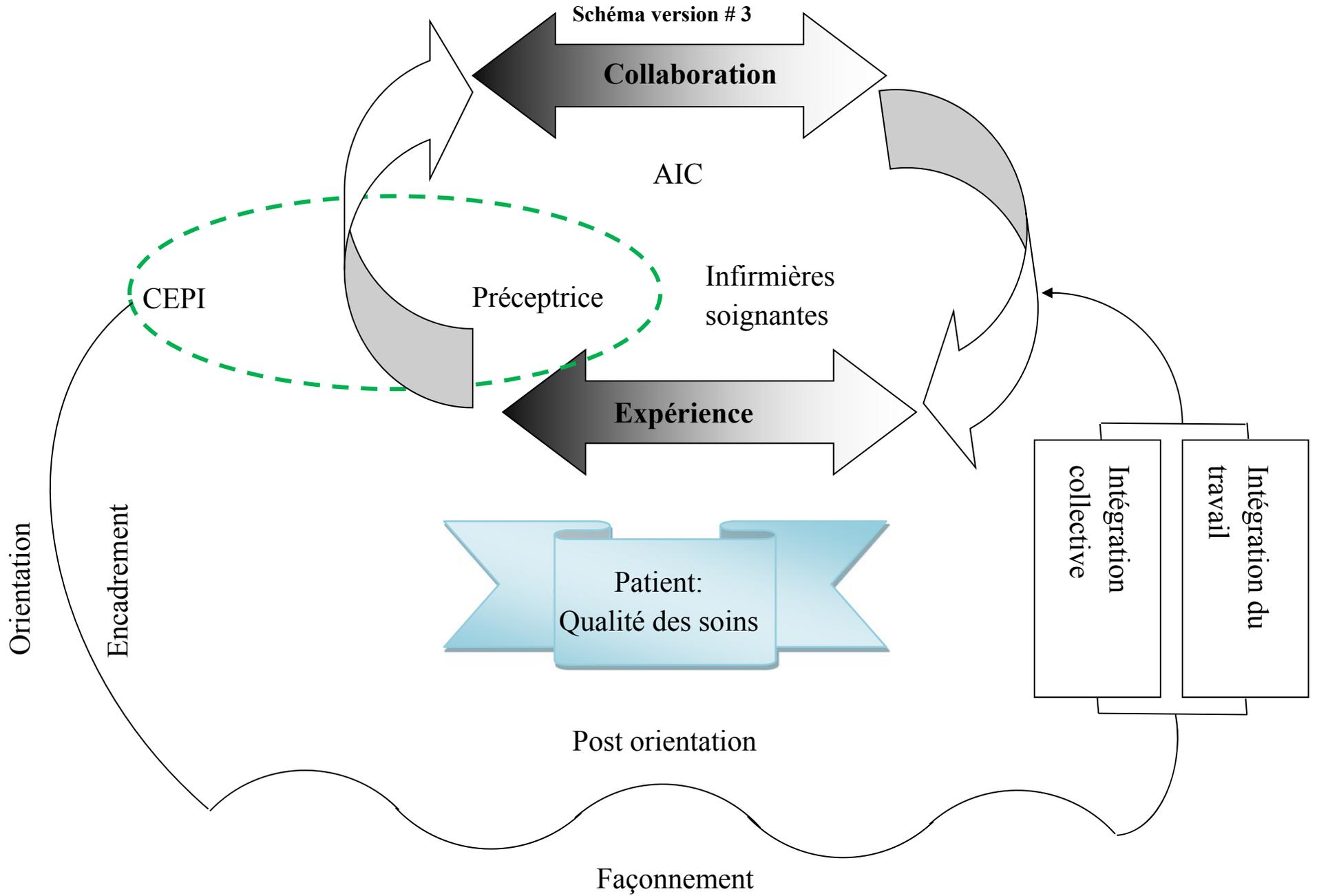


Schéma version # 2





**Annexe 5 :**

**Lettre d'invitation aux participantes**



### **Lettre d'invitation aux participantes**

#### **Titre de l'étude : La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière : Expériences d'infirmières**

Vous êtes invitées à participer à un projet de recherche portant sur la collaboration intra professionnelle lors de l'intégration de candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), à cette étude. Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal et ce projet s'inscrit dans le cadre de ma formation aux cycles supérieurs. Ce projet est également dirigé par madame Chantal Caux, professeure agrégée et madame Isabelle Brault, professeure adjointe à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. Le but de cette recherche qualitative est de mieux comprendre la façon dont s'établit la collaboration entre les infirmières et les CEPI lors de leur intégration. Votre participation est volontaire et confidentielle.

#### **Pour participer vous devez :**

1. Être infirmière
2. Travailler à temps plein
3. Travailler sur une unité de médecine ou de chirurgie ayant intégré des CEPI au cours de la dernière année
4. Avoir été en contact avec des CEPI au cours de la dernière année

Le témoignage de votre expérience est important pour la réussite de ce projet de recherche. Les retombées possibles de cette étude sont l'avancement des connaissances en sciences infirmières et pourraient mener vers des pistes d'intervention visant à faciliter la collaboration lors de l'intégration de CEPI.

Si vous êtes intéressée à participer et que vous êtes prête à réaliser une entrevue individuelle de 60 à 90 minutes (hors période de travail sauf avec permission du chef d'unité), veuillez me contacter pour que nous prenions rendez-vous. Nous pourrions choisir ensemble un lieu et un moment d'entrevue qui vous conviennent.

Merci d'avance,

**Stéphanie Carrier-Corbeil, inf., B. Sc. Inf.**

**Étudiante-chercheuse**

Candidate à la maîtrise

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

**Annexe 6 :**  
**Formulaire de consentement**



## **Formulaire d'information et de consentement**

<b>Titre du projet :</b>	La collaboration intra professionnelle lors de l'intégration des candidates à l'exercice de la profession infirmière : Expériences d'infirmières
<b>Chercheuse responsable :</b>	Sylvie Dubois, Inf., Ph. D, Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
<b>Étudiante-chercheuse :</b>	Stéphanie Carrier-Corbeil, B. Sc. Inf. Infirmière clinicienne
<b>Directrices de recherche :</b>	Chantal Caux, Ph. D. Santé publique (Directrice de mémoire) Professeure agrégée, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal  Isabelle Brault, Inf., Ph. D. Santé publique (codirectrice de mémoire) Professeure adjointe, Faculté des Sciences Infirmières, Université de Montréal
<b>N<sup>o</sup> Projet :</b>	15.255

## **PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes infirmière sur une unité de soins ayant intégré des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) au cours de la dernière année. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable, à l'étudiante-chercheuse ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

## **NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE**

L'intégration de candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) sur les unités de soins peut avoir un impact sur la dynamique des équipes de travail et sur la collaboration entre les infirmières d'une même équipe. L'expérience de la collaboration pendant une période d'intégration est variable d'une unité à l'autre. Or, si les écrits décrivent bien l'expérience des infirmières débutantes et des préceptrices, on constate qu'il existe peu d'informations sur l'expérience de collaboration durant l'intégration de CEPI dans la perspective des infirmières de l'équipe de soins.

Ce projet vise donc principalement à explorer l'expérience des infirmières de la collaboration intra professionnelle durant l'intégration des CEPI.

Plus particulièrement, l'étudiante-chercheuse et les chercheuses responsables de ce projet souhaitent savoir : 1) comment se déroule la collaboration intra professionnelle durant l'intégration de CEPI et 2) comment cette expérience est vécue.

## **NOMBRE DE PARTICIPANTES ET DURÉE DE LA PARTICIPATION**

Six (6) à huit (8) infirmières seront recrutées auprès d'unités de médecine et chirurgie, ayant intégré des CEPI au cours de la dernière année, pour participer à ce projet de recherche. La durée de votre participation sera de 60 à 90 minutes (hors période de travail sauf si accord du chef d'unité).

## **NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Environ une semaine après avoir été informé de l'étude par votre chef d'unité, l'étudiante-chercheuse vous contactera par téléphone pour répondre à vos questions.

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à :

- Compléter un court questionnaire sociodémographique, comportant des informations telles que votre niveau d'études, votre âge, vos années d'expérience, etc. La durée de complétion du formulaire est d'environ cinq (5) minutes.
- Rencontrer l'étudiante-chercheuse seule à seule, pour une entrevue individuelle portant sur votre expérience quant à la collaboration intra professionnelle en période

d'intégration de CEPI. L'entrevue aura lieu au moment et à l'endroit qui vous conviendra le mieux. Ainsi, l'entretien pourra avoir lieu par exemple à votre domicile ou dans votre milieu de travail. Dans ce dernier cas, l'entrevue pourra avoir lieu dans la salle de consultation ou dans une autre pièce discrète. De même, afin de respecter le moment le plus propice de la journée pour vous, l'heure de l'entrevue sera fixée à votre convenance.

Pour nous aider à nous rappeler notre échange et toutes les informations partagées lors de l'entrevue ainsi qu'à des fins de transcription et d'analyse, l'entrevue sera enregistrée sur bande audionumérique. L'enregistreuse pourra être arrêtée à tout moment. Nous prendrons alors vos réponses en notes. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

### **RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certaines participantes et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiante-chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez.

### **AVANTAGES**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable ou à l'étudiante-chercheuse du projet.

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre situation d'emploi actuelle ou future ou sur vos relations avec vos collègues de travail et votre employeur, ni sur votre relation avec les chercheuses et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, l'étudiante-chercheuse du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements et les notes manuscrites seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse.

L'étudiante-chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche afin de répondre au but du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant sept (7) ans au maximum par l'une des directrices de recherche de l'étudiante-chercheuse dans un classeur de leur bureau à l'Université de Montréal.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité éthique de la recherche ou par l'établissement, ainsi que par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par la chercheuse responsable et l'étudiante-chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

### **COMPENSATION**

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation au projet de recherche.

### **INDEMINATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DE LA PARTICIPANTE À LA RECHERCHE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX**

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de l'étudiante-chercheuse.

### **PERSONNES RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable ou l'étudiante-chercheuse :

**Sylvie Dubois, inf., Ph. D.**

**Chercheuse responsable**

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles

**Stéphanie Carrier-Corbeil, B. Sc. Inf.**

**Étudiante-chercheuse**

Candidate à la maîtrise

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participante à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec la **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.**

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES**

Le comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

**CONSENTEMENT**

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de cette étude.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheuses et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la participante	Date
--------------------------	------------------------------	------

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable.**

J'ai expliqué à la participante à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

---

Nom (en lettres moulées)	Signature de la personne	Date
--------------------------	--------------------------	------

**Engagement de la chercheuse principale**

Je certifie qu'on a expliqué à la participante à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'elle avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante à la recherche.

---

<i>Nom (en lettres moulées)</i>	<i>Signature de la chercheuse responsable</i>	<i>Date</i>
---------------------------------	---	-------------

---

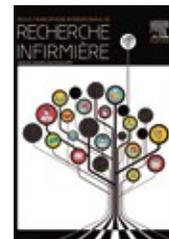
<i>Nom (en lettres moulées)</i>	<i>Signature de l'étudiante-chercheuse</i>	<i>Date</i>
---------------------------------	--	-------------

**Annexe 7 :**  
**Instructions aux auteurs**



# Revue francophone internationale de recherche infirmière

## Instructions aux auteurs



### Objectifs de la revue

Les objectifs de la Revue francophone internationale de recherche infirmière sont de :

- Promouvoir la recherche en sciences infirmières dans l'espace francophone international ;
- Contribuer au développement et à la diffusion des savoirs infirmiers dans la communauté infirmière ;
- Participer à l'évolution des pratiques ;
- Rendre accessible la recherche infirmière.

### Les rubriques

- Les articles soumis doivent être des articles originaux, non publiés ou en cours de soumission dans une autre revue.
- Les articles originaux doivent être en lien avec les thématiques suivantes :
  - ✓ Clinique ;
  - ✓ Santé publique ;
  - ✓ Pédagogie ;
  - ✓ Formation initiale ;
  - ✓ Développement professionnel continu ;
  - ✓ Management ;
  - ✓ Gestion ;
  - ✓ Leadership ;
  - ✓ Éthique ;
  - ✓ Méthodologie ;
  - ✓ Épistémologie ;
  - ✓ Instrument de mesure.
- Ils doivent s'inscrire dans la typologie suivante :
  - ✓ Éditoriaux ;
  - ✓ Lettres à la rédaction ;
  - ✓ Articles de recherche :
    - Recherches quantitatives (étude descriptive, essai clinique, etc.) ;
    - Recherches qualitatives (phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée, etc.) ;
    - Recherches mixtes ;
    - Protocoles de recherche ;
  - ✓ Revues :
    - Revue de littérature ;
    - Clarification de concepts ;
    - Revues systématiques, méta-analyse et méta-synthèse ;
  - ✓ Recommandations /textes d'experts :
    - Développement de recommandations de pratiques cliniques ;
    - Analyses commentées/avis d'expert ;

### Soumission des articles

La soumission des articles se fait par l'intermédiaire du système Elsevier Editorial (EES) sur le site : <http://ees.elsevier.com/refiri/>

### Revue par les pairs

- Les articles ne seront acceptés qu'après avoir été soumis à l'appréciation de plusieurs experts évaluateurs (reviewers).
- La rédaction peut prendre la décision de refuser un manuscrit à tout moment s'il ne correspond pas à la ligne éditoriale.

### Présentation générale de l'article

#### Calibrage/Dactylographie

- Un article ne devra pas excéder 16 pages publiées.
- Une page publiée correspond à 4 000/4 500 signes espaces compris.
- Les manuscrits doivent être saisis dans un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word® de préférence, justifiés, dans la police de caractères « Times New Roman », en corps 12, avec un interlignage double.

#### Page de titre

La page de titre contient (chaque élément ci-dessous est obligatoire) :

- Le titre de l'article (mettre, dans le titre de l'article, la mention du type de recherche) ;
- Les noms et prénoms des auteurs dans l'ordre dans lequel ils apparaîtront lors de la publication ;
- Les titres et fonctions ;
- Les affiliations de chacun des auteurs (l'adresse professionnelle postale complète des différents auteurs avec service/département, hôpital/institut, numéro et nom de la voie, code postal, ville, pays) ;
- Un décompte du nombre de signes du corps du texte (excluant le résumé, les illustrations et les références) ;
- Le nom et l'adresse de l'auteur en charge de la correspondance avec son adresse e-mail ;

- Les remerciements (si besoin) ;
- Les sources de financements et les conflits d'intérêts éventuels.

## Corps de l'article

- Le corps de l'article doit demeurer anonyme pour l'envoi aux lecteurs.
- N'indiquer sur ce fichier que le titre de l'article. Les Noms des auteurs, en dehors de la page de titre soumise en fichier séparé, ne doivent pas être mentionnés.
- Le texte doit être paginé à partir de la page d'introduction.
- Le texte doit être saisi en minuscule, ferré à gauche ou justifié.
- Il faut veiller à la ponctuation et aux accents, y compris sur les lettres capitales.
- Si l'auteur utilise des abréviations dans le corps du texte, il est indispensable de les expliciter lors de leur première apparition et de les regrouper, si elles sont nombreuses, sous la forme d'un glossaire.

## Résumé et mots-clés

- Le résumé doit être suffisamment clair et informatif pour permettre la compréhension du travail sans lecture complète de l'article. Il ne doit pas dépasser 150 mots ou 1 000 signes.
- Le type de recherche doit apparaître dans le résumé.
- Cinq mots-clés doivent figurer en bas de la page du résumé.
- Le choix des mots-clés a une importance capitale, car ils déterminent la « visibilité » d'un article dans les bases de données.

## Références

Les références doivent être impérativement appelées entre crochets selon leur ordre d'apparition dans le texte. La liste des références complètes sera placée en fin d'article après les conflits d'intérêts.

Leur nombre ne doit pas excéder 40 références.

Dans la liste des références, le formatage doit être conforme au style utilisé dans l'Index Medicus (style « Vancouver » selon les critères et exemples suivants) :

- *Articles de périodique* : liste des noms d'auteurs et initiales de leur prénom (lister les 6 premiers noms d'auteurs, au-delà, suivre de « et al. » et seules la première lettre du nom de chaque auteur et les initiales des prénoms doivent être en majuscules), titre complet de l'article, nom de la revue, année de publication, volume et pages.  
=> *Exemple* : Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.*2002;935(1-2):40-6.
- *Références à un livre* : liste des noms d'auteurs et initiales de leur prénom, titre de l'ouvrage dans

la langue originelle, ville, nom de l'éditeur, année d'édition, précision des pages concernant le sujet.

=> *Exemple* : Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002. p. 92-117.

- *Chapitre d'un livre* : noms des auteurs et initiales de leur prénom, titre du chapitre. In : noms des coordinateurs et initiales des prénoms, titre de l'ouvrage, ville, nom de l'éditeur, année d'édition, précision des pages du chapitre.  
=> *Exemple* : Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In : Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.

Pour plus d'informations : [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## Figures et tableaux

Les figures et tableaux sont obligatoirement appelés dans le texte et conformes aux recommandations suivantes : les figures sont numérotées en chiffres arabes, par ordre d'apparition dans le texte où elles sont appelées (Fig. 1) ;

- Les tableaux sont numérotés en chiffres arabes, par ordre d'apparition dans le texte : (tableau 1).

Chaque tableau comporte un titre et chaque figure, une légende et un copyright.

Ne pas dépasser 3 tableaux et 4 figures par article.

## Légendes des figures

- Les légendes des figures sont également saisies les unes à la suite des autres en double interligne et placées en toute fin de manuscrit après les références. À la fin de chaque légende, est mentionné le copyright de la figure (© prénom + nom détenteur droits figure).
- Lorsqu'une figure est composée de plusieurs images, chaque image doit être légendée spécifiquement par une ou plusieurs phrases complètes susceptibles d'être présentées séparément les unes des autres en regard de chacune des images.

## Instructions pour la remise de l'iconographie sous forme numérique

### Format et qualité des figures

- Les figures doivent être fournies de préférence en format JPEG (.jpeg), EPS (.eps), ou PDF(.pdf).
- Les formats Word, Powerpoint et Excel ne sont pas acceptés.
- Pour permettre à l'éditeur d'identifier facilement les figures transmises, il est recommandé de nommer les fichiers en indiquant le numéro de la figure et le format utilisé.  
Par exemple : « fig1.jpeg », pour le fichier de la figure1 sous format JPEG.

- La haute résolution est absolument nécessaire pour l'impression. La résolution s'exprime en *dots per inch* (dpi, points par pouce) ou points par cm. Valeur minimale requise : 300 dpi pour une largeur de 85mm.

### Matériel multimédia complémentaire

- Il est possible de soumettre des éléments complémentaires pour accompagner vos articles : images, vidéo, audio, tableaux, protocole, etc.
- Les compléments électroniques ont pour but d'offrir au lecteur une meilleure condition de lecture d'un élément de l'article, d'approfondir un point de l'article ou d'élargir le travail de sauteurs.

### Épreuves, tirés à part et droits de reproduction

- Lors de la mise en production du manuscrit accepté pour publication, l'éditeur enverra à l'auteur correspondant un formulaire de transfert de droits par courrier électronique, qui sera dûment complété et signé par l'auteur responsable de l'article pour le compte de tous les auteurs, puis retourné à l'éditeur dans les plus brefs délais. Dès parution, toute demande de reproduction devra être adressée à l'éditeur.

- L'auteur correspondant recevra l'épreuve électronique de son article sous forme de fichier PDF.

- Les modifications portant sur le fond ne sont pas acceptées sur les épreuves. Les corrections se limiteront à la typographie.

- L'auteur fera le nécessaire pour retourner à l'éditeur

L'épreuve corrigée dans les 48 heures suivant la réception et ce, à toute période de l'année. En cas de retard, l'éditeur se réserve le droit de diffuser l'article sans correction de l'auteur.

- Un tiré à part électronique sera envoyé à l'auteur correspondant une fois son article publié dans un numéro.

### Conflits d'intérêts

La *Revue francophone internationale de recherche infirmière* suit les pratiques internationales en matière de déclaration des conflits d'intérêts.

Les auteurs et co-auteurs doivent donc impérativement indiquer les renseignements concernant ce principe :

-Vous et vos co-auteurs n'avez aucun conflit d'intérêt à déclarer : en fin d'article doit apparaître la mention « conflits d'intérêts : aucun » ;

-Vous et vos co-auteurs avez des conflits d'intérêts à déclarer : pour chaque auteur concerné, les noms des sociétés privées avec lesquelles il a des liens doivent apparaître dans la page de titre.

