

Université de Montréal

Exploration des facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé,
à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage en milieu clinique

par Kim Jade Martel

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières
option formation

Juillet, 2017

© Kim Jade Martel, 2017

Résumé

Au Québec, les modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique utilisés pour la formation clinique des étudiantes en sciences infirmières sont le modèle du préceptorat et le modèle de groupe (Ha et Pepin, 2008). Bien que ces modèles aient plusieurs avantages, ceux-ci présentent aussi certaines limites (Budgen et Gamroth, 2008). Il est donc pertinent d'explorer la possibilité d'implanter un modèle complémentaire aux modèles actuels. Par conséquent, l'unité collaborative d'apprentissage (UCA), développée et implantée en Colombie-Britannique, présente des caractéristiques intéressantes (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Toutefois, aucune étude n'avait été jusqu'ici réalisée au Québec sur ce modèle. Le but de la présente étude était d'explorer les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA en milieu clinique.

Dans le cadre de cette étude exploratoire, cinq professionnels de la santé ont participé à une entrevue individuelle tandis que neuf professionnels de la santé ont participé à un groupe de discussion. Un guide d'entrevue semi-structuré a été utilisé. Le cadre de référence guidant cette étude était la théorie de niveau intermédiaire en sciences infirmières de Love (2014) et l'écrit présenté par *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2007) sur les changements de pratiques dans le domaine de la santé.

À la lumière de cette étude, il est possible de regrouper les facteurs contraignants à l'implantation d'une UCA en trois thèmes : non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois, contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA et préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Quant aux facteurs facilitants, ceux-ci sont présentés en trois thèmes : adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois, contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA et opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Les résultats de cette étude ont permis de formuler des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières.

Mots-clés : formation infirmière, étudiant en sciences infirmières, unité collaborative d'apprentissage, facteurs facilitants et facteurs contraignants

Summary

In Quebec, the teaching and learning models in clinical settings used for clinical training of nursing students are the preceptorship and group model (Ha and Pepin, 2008). Although these models have several advantages, they also have some limitations (Budgen and Gamroth, 2008). It is therefore pertinent to explore the possibility of implementing a complementary model to these current models. Consequently, the collaborative learning unit (CLU), developed and implemented in British Columbia, has some interesting characteristics (Lougheed and Galloway Ford, 2005). However, to date, no studies have been conducted in Quebec on this model. The purpose of this study was to explore the constraining and facilitating factors perceived by health professionals engaged directly or indirectly in the clinical training of nursing students when it comes to implementing a CLU in the clinical setting.

In this exploratory study, five health professionals each participated in an individual interview while nine health professionals participated in a focus group. A semi-structured interview guide was used. The terms of reference guiding this study was Love's Intermediate Level Theory in Nursing (2014) and the National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) paper on changing practices in health.

In light of this study, it is possible to group the constraining factors for the implementation of a CLU recording to three different themes: non-adaptation of the UCA model to the Quebec context, organizational context unfavorable to the implementation of a UCA and concern about the level of autonomy and shared responsibility of the student in an UCA. Facilitating factors are presented in three themes: adaptation of the model of the UCA to implement it in the Quebec context, organizational context favorable to the establishment of a UCA and opportunities related to autonomy and the shared responsibility of the student in a UCA. The results of this study were used to formulate recommendations for the nursing practice, education and research.

Keywords: nursing education, nursing student, collaborative learning unit, facilitating factors and constraining factors

Table des matières

Liste des tableaux	ix
Liste des abréviations	x
Remerciements	xii
Chapitre I : Problématique	1
But de la recherche.....	8
Questions de recherche	8
Chapitre II : Recension des écrits	10
État de la situation des modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique utilisés au Québec.....	12
Modèle de groupe.....	12
Avantages du modèle de groupe.....	13
Limites du modèle de groupe.	13
Modèle du préceptorat.....	14
Avantages du modèle du préceptorat.....	14
Limites du modèle du préceptorat.	15
Limites communes aux modèles actuels utilisés au Québec.....	16
Recrutement difficile des infirmières-préceptrices ou des monitrices de stage pour accompagner les étudiantes en stage.	17
Partenariat limité entre les milieux cliniques et universitaires.	17
Nombre restreint de modèles de rôle infirmier disponibles pour les étudiantes.	18
Faible sentiment d'appartenance des étudiantes à l'ensemble de l'équipe de soins.	19
Modèle de l'unité dédiée à l'éducation (UDE).....	21
Origine et buts de l'UDE.....	21
Éléments clés de l'UDE	21
Partenariat entre le milieu clinique et universitaire.	22
Enseignement et apprentissage par les pairs.....	22
Rôle novateur du facilitateur de l'université.	23
Changement de rôle des infirmières de l'unité.....	23
Préparation des acteurs clés pour l'UDE.....	23

Tutoriel en milieu de soins.	23
Variantes du modèle à l'échelle mondiale	24
Études évaluatives de l'UDE	26
Études évaluatives du modèle australien de l'UDE.....	26
Avantage du modèle australien de l'UDE.	26
Limites du modèle australien de l'UDE.....	30
Études évaluatives des modèles adaptées de l'UDE.	33
Recommandations pour la mise en œuvre d'une UDE	33
Modèle de l'unité collaborative d'apprentissage (UCA).....	35
Origine, buts et conception de l'UCA.....	35
Éléments clés de l'UCA	36
Rôles spécifiques pour les acteurs clés de l'UCA.	36
Enseignement et apprentissage par les pairs.....	38
Grande étendue dans l'horaire des stages.....	38
Autonomie des étudiantes dans l'attribution des patients.	39
Appui d'un groupe de soutien.	40
Préparation des acteurs clés pour l'UCA.....	40
Études évaluatives de l'UCA	41
Avantages de l'UCA.....	42
Limites de l'UCA.	45
Recommandations pour la mise en œuvre d'une UCA.....	46
Modèle de l'unité collaborative d'apprentissage interprofessionnel (UCAI).....	47
Description de l'UCAI	47
Rapports évaluatifs de l'UCAI.....	48
Avantages de l'UCAI.	48
Limites de l'UCAI.	49
Défis et actions futures de l'UCAI.....	50
Cadre de référence	51
Théorie de niveau intermédiaire en sciences infirmières	51
Changement de pratique dans le domaine de la santé.....	54

Chapitre III : Méthode	59
Devis de recherche	60
Milieu de l'étude	61
Population	62
Stratégie de recrutement	64
Méthodes de collecte des données	66
Entrevues individuelles	66
Entrevues de groupe	67
Outils de collecte des données	69
Questionnaire sociodémographique	69
Guide d'entrevue semi-structuré	69
Journal de bord	70
Analyse des données prévues.....	71
Condensation des données	71
Présentation des données.....	73
Élaboration et vérification des conclusions.....	73
Critères de qualité	73
Crédibilité.....	74
Transférabilité	74
Fiabilité.....	74
Confirmabilité	75
Considérations éthiques	75
Processus de consentement	75
Justice et équité	77
Vie privée et confidentialité	77
Chapitre IV : Résultats	79
Données descriptives sur les participantes.....	80
Contexte de l'unité.....	82
Résultats.....	82
Facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA.....	84

Non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois.....	84
Absence de repères pour implanter le modèle de l'UCA dans le contexte québécois.	84
Doutes et incertitudes des professionnels de la santé concernant le modèle de l'UCA. ...	85
Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA.....	88
Absence d'expérience d'un stage avec un superviseur de l'université qui n'est pas toujours dans le milieu clinique.....	88
Surcharge de travail dans le milieu clinique et universitaire.....	88
Déménagement de l'unité, changement des membres de l'équipe de soins.....	89
Implantation d'un nouveau programme universitaire.	89
Caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA.....	90
Préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagé de l'étudiante dans une UCA.....	91
Inconvénients perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices.	92
Responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences.....	95
Incertitudes quant au potentiel d'apprentissage des étudiantes dans l'UCA.....	95
Facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA.....	96
Adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois.....	96
Modifications possibles de l'UCA durant sa mise en œuvre et une fois l'implantation réalisée.	97
Formation des infirmières et des professionnels de la santé des autres professions quant à l'UCA.	99
Informations données aux étudiantes à l'égard de l'UCA.....	100
Utilisation d'outils pour l'UCA.....	100
Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA.....	101
Accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage.	102
Personne ressource désignée pour soutenir l'unité ciblée pour l'UCA.	102
Encadrement et soutien offerts aux étudiantes de l'UCA.....	103
Soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA.....	103
Caractéristiques favorables des unités pour l'implantation d'une UCA.	104
Opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiantes dans une UCA	106
Avantages perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices.....	106

Profil souhaité des étudiantes pour l'UCA.....	108
Chapitre V : Discussion	112
Facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA.....	113
Non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois.....	113
Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA.....	114
Préoccupations quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité de l'étudiante dans une UCA	115
Facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA.....	117
Adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois.....	117
Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA.....	119
Opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA	121
Forces et limites de l'étude	122
Apport du cadre de référence	122
Considérations méthodologiques	123
Recommandations pour la pratique infirmière	125
Pratique.....	125
Formation	127
Recherche	128
Conclusion	130
Références	132
Appendice A : Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche.....	144
Appendice B : Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des entrevues individuelles...	147
Appendice C : Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des groupes de discussion.....	150
Appendice D : Questionnaire sociodémographique.....	153
Appendice E : Guide d'entrevue pour les entrevues individuelles et les groupes de discussion.....	157
Appendice F : Formulaire d'information et de consentement	160

Liste des tableaux

Tableau I : Préparation des acteurs clés pour l'UDE.....	24
Tableau II : Différences entre le modèle australien et le modèle américain de l'UDE.....	25
Tableau III : Synthèse des expériences communes des acteurs clés quant à l'UDE.....	34
Tableau IV : Préparation des acteurs clés pour l'UCA.....	41
Tableau V : Exemples de relations entre la théorie de Love (2014), l'UCA et les paradigmes.....	52
Tableau VI: Mise en relation entre les principes de la théorie de Love (2014), l'UCA et les paradigmes.....	53
Tableau VII : Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude.....	81
Tableau VIII : Synthèse des facteurs contraignants et facilitateurs perçus à l'implantation d'une UCA.....	83

Liste des abréviations

ACESI : Association canadienne des écoles de sciences infirmières

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière

CER : Comité d'éthique de la recherche

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIFI : Centre d'innovation en formation infirmière

DSI : Directrice des soins infirmiers

FSI : Faculté des sciences infirmières

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

UCA : Unité collaborative d'apprentissage

UCAI : Unité collaborative d'apprentissage interprofessionnelle

UdeM : Université de Montréal

UDE : Unité dédiée à l'éducation

OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

*À mes parents, Sonia et Réal,
pour leur présence, leurs sacrifices
et pour m'avoir appris à persévérer*

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de maîtrise, Madame Caroline Larue pour ses précieux conseils, sa rigueur, son humour et sa compréhension. Merci de votre confiance pour le projet UCA. Ce fut un honneur d'avoir la chance de collaborer avec vous sur ce projet de maîtrise qui aura su m'inspirer et me passionner. Merci de m'avoir permis de me dépasser en écrivant un mémoire. Vous avez contribué à mon développement académique, professionnel, mais également à mon développement personnel.

Je remercie les membres du comité d'approbation scientifique, Mesdames Jacinthe Pepin et Johanne Goudreau, pour leurs commentaires pertinents et constructifs ainsi que pour leurs suggestions judicieuses.

Je remercie tous les professeurs que j'ai eu la chance de côtoyer au cours de mon cheminement académique. Les apprentissages faits dans vos cours m'ont été utiles dans la rédaction de ce mémoire.

J'aimerais adresser mes sincères remerciements aux participantes de cette étude qui ont rendu possible ce projet. Je vous remercie pour votre temps et pour la richesse de vos réponses. Par votre participation à cette étude, vous avez contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Un merci particulier à la DSI, l'infirmière responsable de l'enseignement et de la formation et Madame Sylvie Le May qui ont également permis la réalisation de ce projet.

Je souhaite remercier la Banque TD Canada Trust et l'hôpital Pierre-Boucher pour leur soutien financier.

Un merci sincère à Aurélie et Daniel pour m'avoir accompagnée dans les moments plus difficiles. Merci, Aurélie, de m'avoir donné de l'espoir et la force de continuer. Merci Daniel pour votre professionnalisme, humanisme et votre humour. Sans votre soutien à tous les deux, je n'aurais pas pu finaliser ce projet.

Je remercie ma famille, particulièrement mes parents, Sonia et Réal, mon conjoint Kenny, mon frère, Simon (Laurence) et Charlie pour votre soutien continu. Merci de m'avoir

accompagnée dans cette montagne russe pleine d'émotions. Cette réussite est aussi la vôtre. Je ne vous remercierais jamais assez d'avoir été là pour moi, d'avoir cru en moi et de m'avoir aidée à persévérer dans les moments plus difficiles. Vous êtes des personnes exceptionnelles et je remercie la vie de vous avoir à mes côtés. Kenny, une mention spéciale pour ta patience et ta compréhension. Un merci tout particulier à ma mère pour ta présence qui m'a permis de continuer d'avancer.

Enfin, je remercie mes collègues et mes amis pour leur présence dans ma vie et leurs précieux encouragements. Un remerciement particulier à Camille pour son implication, son aide, son amitié et pour m'avoir inspirée.

Chapitre I : Problématique

La discipline infirmière s'appuie sur la pratique (Budgen et Gamroth, 2008; Henderson et Tyler, 2011; Peter, Halcomb et McInnes, 2013) et celle-ci est guidée par les connaissances que la discipline infirmière développe (McAllister, Tower et Walker, 2007; Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Ainsi, le volet pratique joue un rôle essentiel dans la formation des infirmières¹ (Hickey, 2010; Levett-Jones, Fahy, Parsons et Mitchell, 2006; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, OIIQ, 2009, 2010, 2015; Sedgwick et Harris, 2012; Udliis, 2008). D'ailleurs, un comité d'experts sur les stages² souligne que : « La profession d'infirmière est une profession d'action et de pratique : les infirmières apprennent en agissant et en accomplissant des actes concrets dans des situations réelles de soins » (OIIQ, 2009, p.7). Les stages sont donc essentiels dans la formation de la relève (Henderson et Tyler; OIIQ, 2009, 2010) puisque les futures infirmières apprennent par l'agir et celles-ci devraient avoir la chance, en milieu de stage, d'intervenir auprès de différentes clientèles, et ce, au sein de milieux diversifiés (OIIQ, 2009). L'un des facteurs essentiels dans la pratique des soins infirmiers consiste à apprendre à interagir avec la personne et à gérer les situations cliniques dans leur complexité (Edmond, 2001). Les soins se sont d'ailleurs complexifiés dans les milieux cliniques en raison du vieillissement de la population et de nombreuses pathologies qui y sont liées (Larue, Pepin et Allard, 2013). Il est ainsi essentiel d'offrir aux étudiantes une formation clinique leur permettant d'exercer une pratique infirmière efficace dans les environnements de soins complexes actuels et futurs (Burke et Craig, 2011; Hickey; Sedgwick et Harris). En effet, Glazer, Erickson, Mylott, Mulready-Shick et Banister (2011) mentionnent que l'une des priorités des milieux cliniques et universitaires constitue la préparation des diplômées à être autonomes dans leur pratique et à offrir des soins de qualité. Selon l'OIIQ (2009), la complexité de soins ne cesse d'augmenter et le soutien offert aux infirmières novices et débutantes est minimal. C'est pourquoi le nombre d'heures et l'optimisation des stages sont essentiels afin de préparer les étudiantes à déployer un niveau élevé de compétences, et ce, dès leur entrée sur le marché du travail (OIIQ, 2009).

¹ Dans ce mémoire, le féminin est privilégié, mais ceci n'exclut pas le genre masculin.

² Dans ce mémoire, le mot « stages » fait référence aux stages en milieux cliniques.

Actuellement, au Québec, les étudiantes réalisent leurs activités de stage grâce, principalement, aux modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique³ suivants : le modèle du préceptorat, où l'étudiante se retrouve en interaction avec une infirmière d'une unité⁴, ainsi que le modèle de groupe, où un groupe de six à huit étudiantes est jumelé avec une infirmière du milieu universitaire ou clinique (Ha et Pepin, 2008; MacFarlane et al., 2007; OIIQ, 2009). Dans le cadre de la présente recherche, la définition du terme préceptorat retenue est celle de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) (2004) :

Méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, où des infirmières jouent un rôle de modèle clinique. Il s'agit d'une relation officielle, de durée préétablie, entre deux personnes, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), relation qui a pour but d'aider la novice à s'adapter à de nouvelles fonctions (p.66).

Quant au modèle de groupe, la définition retenue par l'étudiante-chercheuse est celle de Larue et al. (2013) : « Un groupe d'étudiantes de même niveau est jumelé durant toute la durée de son stage, avec une infirmière expérimentée de l'unité d'accueil ou avec une enseignante du milieu académique » (p.32). Ces modèles présentent des avantages, par exemple, ceux-ci permettent aux étudiantes d'augmenter leur confiance en elle (Croxon et Maginnis, 2009) et d'obtenir de la rétroaction (Budgen et Gamroth, 2008; Croxon et Maginnis). Plus spécifiquement pour le modèle du préceptorat, celui-ci permet aux étudiantes de créer rapidement une relation de confiance avec l'infirmière-préceptrice (Callaghan et al. 2009; Larue et al.). Quant au modèle de groupe, celui-ci permet aux étudiantes de bénéficier de l'apprentissage par les pairs (Croxon et Maginnis). Toutefois, ces modèles présentent aussi des limites. Pour contrer ces limites, nous allons explorer un autre modèle dans le cadre de ce mémoire.

Les limites des modèles actuels sont liées à la difficulté de recrutement-partenariat. Premièrement, le Comité de la formation des infirmières de l'OIIQ (2008) a mené une étude

³ Dans ce mémoire, pour désigner « modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique », nous utiliserons, à maintes reprises, uniquement le mot « modèles » afin d'alléger le texte.

⁴ Dans ce mémoire, le mot « unité » fait référence à une unité de soins

au Québec, visant à décrire et à offrir des recommandations sur les stages. Les résultats d'une grille descriptive des stages, complétée par des collègues (n=27) et des universités (n= 6) offrant un programme de formation infirmière intégrée, révèlent que la principale difficulté des modèles est liée au recrutement, soit celui des professeures ou des préceptrices pour accompagner les étudiantes en stage. En effet, en raison de cette difficulté, 63 % des 27 collègues qui ont complété la grille n'atteignent pas le standard demandé par le programme-cadre ministériel quant aux heures de stages escomptées. Deuxièmement, le partenariat entre les milieux cliniques et les milieux universitaires ne semble pas optimal (Budgen et Gamroth, 2008; MacIntyre, Murray, Teel et Karsmer, 2009; Larue et al., 2013; OIIQ, 2009). Dans une étude réalisée au Québec, plusieurs des collègues participants (n=27) ont indiqué que l'une des difficultés à l'égard de la réalisation des stages est la collaboration insuffisante des milieux cliniques en ce qui a trait, principalement, à l'accueil, l'accompagnement et l'organisation (OIIQ, 2008). Ces préoccupations sont partagées par les résultats d'une étude qualitative, réalisée en Australie auprès d'infirmières-préceptrices (n=12). En effet, à la lumière des résultats de cette étude, la plupart des infirmières estiment que la communication avec le personnel de l'université s'est révélée limitée et que le soutien reçu de leur part était insatisfaisant (Peters et al., 2013). Troisièmement, une autre limite des modèles actuels est le peu d'expositions à des modèles de rôle infirmiers pour les étudiantes (Budgen, Gamroth; Larue et al.; Luhanga, Billay, Grundy, Myrick et Yonge, 2010). Au sein des modèles individuels et de groupe, une seule infirmière est habituellement appelée à accompagner l'étudiante en stage (Budgen et Gamroth). Quatrièmement, le faible sentiment d'appartenance des étudiantes à l'ensemble de l'équipe de soins dans une supervision 1/1 ou 1/6 constitue une autre limite aux modèles actuels (Budgen et Gamroth). Dans ces modèles, il est possible d'observer que les étudiantes entretiennent une relation limitée avec les autres membres de l'équipe de soins (MacIntyre et al.; OIIQ, 2006), ce qui a pour effet de limiter le sentiment d'appartenance des étudiantes (Levett-Jones, Lathlean, Higgins et McMillan, 2009).

Au sein de la formation des étudiantes en sciences infirmières, celles-ci doivent développer plusieurs compétences qui leur permettront d'exercer dans un système de santé évoluant rapidement (MacFarlane et al., 2007). Selon ces mêmes auteurs, les étudiantes doivent donc être exposées à diverses situations cliniques afin de développer les compétences essentielles à

l'exercice de la profession infirmière. L'exposition la plus authentique à ces situations cliniques se réalise lors des stages. Ceux-ci apparaissent donc d'une grande importance dans le développement des compétences des étudiantes, et par le fait même, dans le développement d'éléments de compétences, notamment des habiletés cliniques et des attitudes (Croxon et Maginnis, 2009; Ha et Pepin, 2008; Levett-Jones et Lathlean, 2008). En effet, lors des stages, l'exposition des étudiantes à des situations cliniques contribue au développement des attitudes et des habiletés cliniques, notamment l'atteinte d'une attitude de *caring*; la capacité à intervenir de façon sécuritaire auprès des patients; la gestion de son temps et des situations spécifiques; l'habileté à dresser des priorités cliniques et interpréter les besoins psychosociaux des patients ainsi que la capacité à savoir quand et comment répondre de façon adéquate à ces besoins (Edmond, 2001; OIIQ, 2009). Ainsi, le développement de ces habiletés cliniques et de ces attitudes favorisent le développement de compétences des étudiantes.

Ensuite, les résultats d'études qualitatives indiquent que la période de transition des infirmières nouvellement diplômées à la pratique infirmière en milieu clinique est stressante (Clark et Springer, 2012; Feng et Tsai, 2012) et difficile pour celles-ci (Hickey, 2010; OIIQ, 2006). MacIntyre et al. (2009) énoncent que les étudiantes bénéficieraient d'être préparées à vivre cette transition à la pratique infirmière dès leur entrée au sein d'un programme d'études en soins infirmiers. Ainsi, il importe que les étudiantes soient exposées, durant leur formation en sciences infirmières, à un nombre suffisant de situations cliniques en milieu de soins afin d'intégrer des théories et autres connaissances apprises en milieu universitaire à des situations cliniques réelles (Alzahrani, 2014). En effet, le fait d'exposer les étudiantes à des situations en milieu clinique permettrait de les préparer à exercer leur futur rôle tout en maîtrisant leur stress (Alzahrani). Les stages qui se déroulent au cours de situations de soins réelles, marquées par l'imprévisibilité et l'adaptabilité à des contextes variables (OIIQ, 2009), apparaissent donc incontournables pour faciliter l'intégration pratique des futures infirmières (Hickey).

Tout compte fait, l'exposition à des situations cliniques est un aspect déterminant dans la formation des futures infirmières (Broadbent, Moxham, Sander, Walker et Dwyer, 2014; Hannon et al., 2012; Peters et al., 2013) et il importe de se préoccuper des modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique qui permettront aux étudiantes de réaliser le plein potentiel de leurs apprentissages. Par conséquent, les limites des modèles

actuels amènent à se questionner sur la pertinence de mettre en place, au Québec, un modèle complémentaire aux modèles actuels. Il serait souhaitable que ce modèle complémentaire atténue les difficultés de recrutement, valorise un partenariat entre les milieux cliniques et universitaires, offre à chaque infirmière la possibilité d'être un modèle de rôle en accompagnant les étudiantes en stage et favorise la collaboration interprofessionnelle, permettant ainsi à l'étudiante d'éprouver un sentiment d'appartenance à l'ensemble de l'équipe de soins. Par conséquent, étant un modèle complémentaire aux modèles actuels, l'unité collaborative d'apprentissage (UCA) apparaît intéressante à explorer (Larue et al., 2013).

L'UCA a été adaptée à partir d'un modèle mis en place en Australie, soit l'unité dédiée à l'éducation (UDE) (Callaghan et al., 2009). L'UDE est définie comme étant un modèle où il y a présence d'un partenariat entre le milieu clinique et le milieu universitaire, où toutes les infirmières d'une unité partagent la responsabilité d'enseigner aux étudiantes et où il y a présence d'enseignement et d'apprentissage par les pairs étant donné qu'il y a un jumelage entre les étudiantes de différents trimestres sur l'unité (Budgen et Gamroth, 2008; Edgecombe et Bowden, 2014; Edgecombe, Wotton, Gonda et Mason, 1999; Gonda, Wotton, Edgecombe, et Mason, 1999). Pour sa part, l'UCA, développée et implantée en Colombie-Britannique, est définie comme étant un modèle d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique en sciences infirmières où un groupe d'étudiantes est affecté à une unité qui est, en soi, un lieu d'apprentissage (Callaghan et al.; Loughheed et Galloway Ford, 2005).

Tout d'abord, le modèle de l'UCA s'appuie sur une collaboration étroite entre toutes les personnes engagées dans ce type d'unité, soient les membres du personnel de l'unité et de l'université ainsi que les étudiantes (Callaghan et al., 2009; Loughheed et Galloway Ford, 2005). Selon D'Amour (2002), la collaboration est : « un acte collectif de personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément » (p.343). Cette définition sera celle à laquelle nous nous rapporterons lorsqu'il sera question de collaboration étant donné qu'elle est liée au contexte de l'étude. En effet, toutes les personnes engagées dans une UCA collaborent afin de mettre au point un environnement d'apprentissage favorable pour tous et afin de prodiguer des soins infirmiers de

qualité aux patients (Lougheed et Galloway Ford). Dans une UCA, différents niveaux de collaboration peuvent être rencontrés. L'UCA désigne d'abord une collaboration entre les milieux clinique et universitaire. En effet, les membres du personnel de l'unité et de l'université collaborent afin de soutenir et maximiser l'apprentissage clinique des étudiantes (Callaghan et al.; Lougheed et Galloway Ford). Par conséquent, dans une UCA, une collaboration interprofessionnelle est de mise, car l'ensemble des professionnels de la santé de l'unité offre un soutien aux étudiantes par leur implication dans l'encadrement de celles-ci (Callaghan et al.; Lougheed et Galloway Ford). Ce type de collaboration correspond bien à ce qui est souhaité pour la formation des infirmières, d'ici 2022 (Pepin, 2011, octobre). Ensuite, une collaboration intraprofessionnelle est également notée puisque toutes les infirmières partagent la responsabilité des apprentissages des étudiantes puisqu'il n'y a pas d'attribution de préceptrice (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al.; Lougheed et Galloway Ford). De plus, dans une UCA, il y a une collaboration entre les étudiantes grâce à l'utilisation de la stratégie d'enseignement et d'apprentissage par les pairs qui permet aux étudiantes de se soutenir dans leurs apprentissages (Lougheed et Galloway Ford). Ainsi, la collaboration constitue une caractéristique importante du modèle de l'UCA. D'ailleurs, selon Fleury et Tremblay (2011, octobre), pour les années futures, les pratiques collaboratives représentent le plus grand défi auquel la pratique infirmière sera confrontée. Pour sa part, l'OIIQ (2010) souligne l'importance de continuer à développer des modèles de formation interdisciplinaires étant donné que l'interdisciplinarité permet d'offrir aux patients des soins sécuritaires et de qualité.

Ensuite, l'UCA est également compatible avec une approche par compétences puisqu'elle place l'étudiante au cœur de ses apprentissages (Love, 2014) et favorise l'autonomie des étudiantes dans le développement de leurs compétences (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al. 2009; Lougheed et Galloway Ford, 2005). Cette autonomisation est essentielle aux futures infirmières, lesquelles doivent développer plus rapidement qu'auparavant leur jugement pour faire face à des situations de soins complexes (OIIQ, 2009) ainsi que pour travailler dans la collectivité (Fleury et Tremblay, 2011, octobre). Parmi les recommandations récentes de l'OIIQ sur les critères de qualité des stages, le modèle de l'UCA est privilégié comme objet d'exploration et de recherche (Larue et al., 2013). Cependant, bien que l'intérêt

pour ce modèle soit à la hausse au Canada (Budgen et Gamroth), aucune étude à l'égard de celui-ci n'a été réalisée au Québec.

L'UCA semble présenter plusieurs avantages (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009; Lougheed et Galloway Ford, 2005). Toutefois, comme mentionné précédemment, l'UCA nécessite d'abandonner les repères actuels et de procéder à un changement important dans la conception de l'enseignement et de l'apprentissage en milieu clinique, en impliquant tous les professionnels de la santé de l'unité et plusieurs membres de l'université. Ainsi, avant d'implanter et d'évaluer ce modèle, il importe de vérifier la possibilité d'une implantation auprès des professionnels de la santé de milieux cliniques et universitaires au Québec. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012) et *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* (2007) signalent que le chercheur doit considérer les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre d'un changement. De cette façon, il importe, avant l'implantation d'une UCA, d'explorer les facteurs contraignants et facilitateurs, ce qui nous mène à formuler le but et les questions de la présente recherche.

But de la recherche

Le but de l'étude est d'explorer les facteurs contraignants et facilitateurs, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire.

Questions de recherche

1. Quels sont les facteurs contraignants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire ?
2. Quels sont les facteurs facilitateurs, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières,

quant à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire ?

Chapitre II : Recension des écrits

En premier lieu, pour réaliser cette recension des écrits, des bases de données pertinentes à la pratique infirmière ont été utilisées, soient : CINHALL, PubMed et MEDLINE. Également, le moteur de recherche de Google Scholar a été consulté afin d'élargir la recherche. Les principaux mots clés utilisés ont été : *nursing education, clinical placement, clinical setting, clinical practice education, clinical teaching, clinical learning, clinical supervision, education nursing baccalaureate, nursing student, facilitating factors* et *constraining factors*. Parmi les options de recherche, la date de publication des articles a été limitée entre les années 1999 à 2015 et la langue de rédaction des articles a été limitée à l'anglais et au français. Au total, plus de 200 articles ont été identifiés. Les articles ont été sélectionnés en fonction de la pertinence des titres et des résumés avec le but de l'étude. Une lecture entière de ces articles a permis une sélection finale de 44 articles. Bien que les articles retenus indiquent des données pertinentes en lien avec le but de l'étude, les études recensées présentent certaines limites et les résultats ont été considérés avec prudence. Parmi ces limites se retrouve le fait que quelques études se sont déroulées dans des pays autres que le Canada. De plus, pour certaines études qualitatives, la saturation des données n'a pu être assurée. Pour ces études, l'obtention de données supplémentaires aurait donc pu modifier certains résultats de recherche. De même, relativement à l'échantillon, celui-ci a pu entraîner une analyse positive ou négative des résultats, étant donné le nombre limité de participantes à certaines études qualitatives.

En deuxième lieu, la recherche d'écrits s'est poursuivie en se basant sur les références d'un des articles concernant l'UCA, soit celui de Callaghan et al., (2009). Le moteur de recherche Google a été utilisé afin de récupérer les références au sujet de l'UCA qui n'étaient pas disponibles sur les autres moteurs de recherche énoncés plus haut. À la suite de cette recherche, certains documents ont été trouvés, mais certains sont demeurés manquants malgré le fait que les auteurs ont été contactés par courriel.

En dernier lieu, afin d'enrichir cette recherche, plusieurs sites internet ont été consultés tels que ceux de l'OIIQ, de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de l'UdeM et de *practice bc education*. Plusieurs écrits pertinents à l'exploration du sujet à l'étude ont donc été récupérés dans la littérature grise. Aussi, le catalogue atrium de l'UdeM a été utilisé dans le but de répertorier des manuels. Par conséquent, en plus des 44 articles, cinq manuels, une communication, un

cadre de référence, deux guides pratiques, deux rapports, un résumé, une recommandation, deux recensions d'écrits et quatre documents d'organisme ou du gouvernement ont été retenus pour réaliser cette recension des écrits.

Dans ce chapitre, il est question de la littérature recensée portant sur le but de l'étude, soit d'explorer les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Les principaux thèmes de cette recension des écrits sont: 1) l'état de la situation des modèles d'enseignement et d'apprentissage utilisés au Québec, ensuite, 2) le modèle de l'UDE, 3) le modèle de l'UCA, et 4) le modèle de l'unité collaborative d'apprentissage interprofessionnelle (UCAI). Pour conclure ce chapitre, le cadre de référence utilisé pour guider l'étudiante-chercheuse dans cette étude sera présenté, soit : la théorie de niveau intermédiaire en sciences infirmières élaboré par Love (2014) et l'écrit *how to change practice* proposé par NICE (2007).

État de la situation des modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique utilisés au Québec

Actuellement, au Québec, les modèles utilisés pour les étudiantes en sciences infirmières sont le modèle du préceptorat et celui de groupe (Ha et Pepin, 2008; OIIQ, 2008, 2009). En examinant les écrits, il a été possible de répertorier des avantages et des limites qui sont uniques au modèle du préceptorat et de groupe, ainsi que des limites qui sont communes à ces deux modèles. Dans cette section de la recension des écrits, il sera donc question de l'état de la situation des modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique utilisés au Québec.

Modèle de groupe

Cette section rend compte des avantages et des limites du modèle de groupe ayant été repérés dans la littérature. Un total de huit écrits a été utilisé. Parmi ceux-ci se retrouvent divers types d'écrits scientifiques, dont quatre recensions d'écrits, un écrit incluant des recommandations, une étude de devis mixte, une étude de devis qualitative et un essai contrôlé randomisé.

Avantages du modèle de groupe. Ce modèle permet aux étudiantes de profiter du soutien et de la disponibilité du professeur clinique, de bénéficier de l'apprentissage par les pairs, de se soutenir mutuellement, de discuter de leur pratique, d'augmenter leur confiance, de vivre plusieurs situations d'apprentissage (Bourgeois, Drayton et Brown, 2011; Croxon et Maginnis, 2009), d'obtenir de la rétroaction, de développer leur capacité à travailler en équipe (Croxon et Maginnis), de développer des relations d'amitié, d'être responsables de leur apprentissage ainsi que de faire le lien entre la théorie et la pratique (Bourgeois et al.). Aussi, un autre avantage du modèle de groupe est que la monitrice de stage est connue pour être une personne qui désire enseigner aux étudiantes, rendant ainsi l'expérience de stages des étudiantes positives (Croxon et Maginnis).

Ensuite, un autre avantage du modèle de groupe est que le rôle de monitrice de stage est reconnu et valorisé par le milieu universitaire (Budgen et Gamroth, 2008). De plus, les monitrices de stage démontreraient davantage de confiance dans les soins qu'elles prodiguent aux patients (Parchebafieh, Gholizadeh, Lakdizaji, Ghiasvandiyan, et Davoodi, 2014). Finalement, étant donné que le groupe d'étudiantes n'occasionne pas une réduction d'infirmières sur l'unité, celles-ci peuvent à l'occasion obtenir une charge de travail diminué grâce à l'aide des étudiantes (Ha et Pepin, 2008).

Limites du modèle de groupe. Une des limites de ce modèle est la rivalité possible qui peut s'installer entre les étudiantes en ce qui a trait à l'attention que la monitrice de stage attribue à chaque étudiante (Bourgeois et al., 2011). Aussi, en raison du ratio élevé d'étudiante/professeur, la monitrice de stage dispose d'un temps limité pour l'enseignement clinique personnalisé de chaque étudiante ce qui ne permet pas de préparer suffisamment les étudiantes pour l'exercice de la profession infirmière (Croxon et Maginnis, 2009; Omansky, 2010). De plus, Parchebafieh et al. (2014) indiquent que l'accueil des étudiantes sur l'unité n'est pas suffisant et que cela pourrait être en raison de la familiarité de la monitrice de stage avec l'environnement de soins.

Le modèle de groupe présente aussi des limites pour l'unité: le groupe de stage peut parfois nuire au travail d'équipe au sein de l'unité (Bourgeois et al., 2011) et au travail des

infirmières, notamment dans les soins qu'elles prodiguent aux patients (MacIntyre et al., 2009). Toutefois, ces auteurs n'apportent pas de précision sur ces propos.

Modèle du préceptorat

Cette section rend compte des avantages et des limites du modèle du préceptorat ayant été répertoriés au sein de la littérature. Un total de 17 écrits a été utilisé pour cette section. Parmi ceux-ci, divers types d'écrits scientifiques sont présents, soient des guides, des manuels, un cadre de référence, un article incluant des recommandations, des études de devis qualitatifs, des études de devis mixtes et des recensions d'écrits.

Avantages du modèle du préceptorat. En premier lieu, ce modèle possède des avantages pour les étudiantes. Selon les écrits recensés, ce modèle faciliterait l'augmentation de la confiance en soi des étudiantes (AIIC, 2004; Billay et Myrick, 2008; Croxon et Maginnis, 2009; Gaberson et Oermann, 2010; Gouvernement du Québec, 2008; Hickey, 2010) et la capacité de l'étudiante à créer rapidement une relation de confiance avec l'infirmière-préceptrice (Callaghan et al., 2009; Larue et al., 2013), laquelle est reconnue comme une experte clinique dans le domaine clinique où l'étudiante effectue son stage (Budgen et Gamroth, 2008; Gaberson et Oermann, 2010). Cette relation de confiance entre l'étudiante et l'infirmière-préceptrice tend à favoriser les apprentissages de l'étudiante (Callaghan et al.). De façon plus concrète, en lien avec l'apprentissage des étudiantes, le modèle du préceptorat permet à celles-ci de développer des compétences (AIIC; Callaghan et al.; Gaberson et Oermann, 2010; Hickey; Udilis, 2008). En effet, la littérature recensée fait mention de plusieurs attitudes, habiletés cliniques et compétences développées par les étudiantes lors de leurs expériences de préceptorat, soient leur pensée critique (Gaberson et Oermann, 2010), leur jugement clinique (Gouvernement du Québec), leur prise de décision (Gaberson et Oermann, 2010; MacIntyre et al., 2009), leur savoir-faire (Gouvernement du Québec), leur organisation (Hickey), leur gestion du temps (MacIntyre et al.), l'utilisation de recherches scientifiques dans des situations cliniques (Billing et Halstead, 2012) et leurs attitudes professionnelles (Larue et al.). Aussi, au sein de ce modèle, les étudiantes obtiennent une rétroaction directe leur permettant d'assurer le suivi de leurs apprentissages (Budgen et Gamroth; Callaghan et al.; Luhanga et al., 2010). D'ailleurs, les étudiantes bénéficient d'un enseignement individualisé dans ce modèle (Hickey; Luhanga et al.). Celui-ci favorise

également la socialisation professionnelle des étudiantes à la profession infirmière (Billay et Myric; Gaberson et Oermann, 2010; Korzon et Trimmer, 2015). En effet, elles acquièrent une vision réaliste du rôle de l'infirmière (Callaghan et al.; Gaberson et Oermann, 2010; Hickey; Luhanga et al.).

En deuxième lieu, ce modèle possède des avantages pour les infirmières-préceptrices. D'une part, celles-ci apprécient le fait de transmettre leurs connaissances aux étudiantes et, par le fait même, de participer d'une certaine façon à l'avenir des soins infirmiers (Korzon et Trimmer, 2015). D'autre part, certains écrits indiquent que ce modèle offre un apprentissage réciproque, c'est-à-dire que les infirmières-préceptrices profitent de l'expérience de préceptorat autant que les étudiantes qu'elles accompagnent en stage (AIIC, 2004; Gaberson et Oermann, 2007; Korzon et Trimmer). En effet, le modèle du préceptorat favorise le développement professionnel des infirmières-préceptrices (Gaberson et Oermann, 2007) puisque celles-ci acquièrent de nouvelles connaissances et développent de nouvelles compétences (AIIC; Korzon et Trimmer). L'expérience de préceptorat contribue également au développement du leadership des infirmières, de leurs compétences en enseignement (AIIC; Gaberson et Oermann, 2007), de leur capacité à cibler les besoins d'apprentissages des étudiantes, de leur jugement clinique (MacIntyre et al., 2009) et de leur pratique réflexive (Korzon et Trimmer).

En dernier lieu, le modèle du préceptorat présente des avantages pour les institutions. En effet, sur le plan économique, le modèle du préceptorat est profitable pour les programmes de formation en sciences infirmières étant donné qu'il requiert un moins grand nombre de membres du personnel du milieu universitaire pour accompagner les étudiantes en stage (Sedgwick et Harris, 2012; Udliis, 2008). Enfin, ce modèle a pour avantage de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients (AIIC, 2004; Gouvernement du Québec, 2008).

Limites du modèle du préceptorat. Tout d'abord, ce modèle présente des limites pour les étudiantes. L'une des limites consiste au fait que l'horaire de stage des étudiantes peut être en conflit avec leurs engagements personnels, puisque celui-ci est conçu en fonction de l'horaire de travail de l'infirmière-préceptrice avec qui l'étudiante est jumelée (Gaberson et Oermann,

2007). Aussi, le jumelage entre l'infirmière-préceptrice et l'étudiante peut engendrer des conflits, notamment des problèmes interpersonnels (Luhanga et al., 2010). Finalement, ce modèle n'offre pas la chance aux étudiantes de bénéficier de l'apprentissage avec les pairs (Croxon et Maginnis, 2009).

En ce qui a trait aux infirmières-préceptrices, une des limites du modèle du préceptorat, identifiée dans les écrits recensés, est le manque de temps pour l'enseignement aux étudiantes (Barker et Pittman 2010; Billay et Myrick, 2008; Budgen et Gamroth, 2008; Croxon et Maginnis, 2009; Gaberson et Oermann, 2007; Luhanga et al., 2010; Omansky, 2010). De toute évidence, la charge de travail élevée des infirmières ne favorise pas le plein accomplissement de leur rôle d'infirmière-préceptrice auprès des étudiantes (Billay et Myrick; Budgen et Gamroth; Croxon et Maginnis; Luhanga et al.; Omansky). Par conséquent, le fait que l'infirmière-préceptrice possède un temps limité à accorder à l'étudiante peut engendrer un impact négatif sur les apprentissages de celle-ci (Croxon et Maginnis). De plus, malgré le fait que le modèle du préceptorat entraîne des responsabilités supplémentaires pour les infirmières-préceptrices (Omansky), celles-ci ne reçoivent pas ou peu de rémunération additionnelle (Barker et Pittman) et n'obtiennent pas ou peu de reconnaissance des milieux cliniques et universitaires (Sedgwick et Harris, 2012). En outre, certaines infirmières-préceptrices peuvent présenter une lacune sur le plan de compétences en enseignement clinique (Budgen et Gamroth; Gaberson et Oermann, 2010) et, plus spécifiquement, certaines infirmières peuvent éprouver de la difficulté à gérer des situations conflictuelles avec des étudiantes problématiques (Barker et Pittman) et à évaluer les étudiantes (Budgen et Gamroth). Finalement, une autre limite du modèle du préceptorat consiste à l'épuisement professionnel des infirmières-préceptrices (Barker et Pittman; Omansky).

Limites communes aux modèles actuels utilisés au Québec

Les modèles actuels au Québec présentent des limites communes, telles que le recrutement difficile des infirmières-préceptrices ou des monitrices de stage pour accompagner les groupes d'étudiantes en stage, le partenariat limité entre les milieux cliniques et universitaires, le nombre restreint de modèles de rôle disponibles pour les étudiantes et le faible sentiment d'appartenance des étudiantes à l'équipe de soins.

Recrutement difficile des infirmières-préceptrices ou des monitrices de stage pour accompagner les étudiantes en stage. Un des inconvénients communs aux deux modèles actuels est la difficulté à recruter des infirmières-préceptrices ou des monitrices de stage pour accompagner les étudiantes en stage (Macfarlane et al., 2007; MacIntyre et al. 2009; OIIQ, 2008, 2009). Manifestement, le recrutement des infirmières, qui sont appelées à exercer le rôle d'encadrement des étudiantes en stage, est difficile, en partie, en raison : de la lourde charge de travail clinique des infirmières qui fait en sorte qu'elles peuvent consacrer moins de temps à l'enseignement des étudiantes (Betany et Yarwood, 2010; Edmond, 2001; Leclerc, Jacob et Paquette, 2014) et du manque de reconnaissance des établissements quant au rôle des monitrices de stage et des infirmières-préceptrices (Leclerc et al.; Sedgwick et Harris, 2012). De plus, la hausse des inscriptions dans les programmes de sciences infirmières a occasionné une augmentation des demandes de places de stage dans les milieux clinique (ACESI, 2010), et par le fait même, une augmentation des infirmières à recruter pour accompagner les étudiantes en stage (Leclerc et al.). Toutefois, la littérature recensée indique que la pénurie actuelle des infirmières rend difficile le recrutement des infirmières-préceptrices ou des monitrices de stage (Croxon et Maginnis, 2009; Luhanga et al., 2010; Macfarlane et al.; OIIQ, 2009; Sedwick et Harris).

Partenariat limité entre les milieux cliniques et universitaires. Un autre inconvénient commun aux modèles actuels concerne le partenariat limité entre les milieux cliniques et universitaires (MacIntyre et al. 2009; Larue et al., 2013). Pourtant, dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, les stages requièrent une implication particulière autant du milieu clinique qu'universitaire (Budgen et Gamroth, 2008). Les membres du comité d'experts sur les stages (n=9) mentionnent dans leur rapport que le partenariat entre ces milieux est essentiel pour la planification, la réalisation et l'évaluation des stages afin d'assurer la réussite de l'expérience de stage (OIIQ, 2009). De ce fait, la communication entre les milieux cliniques et universitaires s'avère indispensable au partenariat entre ces milieux (Larue et al.).

Dans le modèle du préceptorat, plusieurs préoccupations quant à cette communication ont été repérés dans la littérature recensée, comme par exemple, une difficulté pour les préceptrices à contacter le personnel de l'université (Levett-Jones et al., 2006) ainsi qu'une préparation insuffisante des infirmières-préceptrices qui accompagnent les étudiantes en stage

(Budgen et Gamroth, 2008; Gaberson et Oermann, 2010; Omansky, 2010; Peters et al., 2013; OIIQ, 2008; Sedgwick et Harris, 2012). Toutefois, les résultats d'une étude qualitative, réalisée en Australie auprès d'infirmières-préceptrices (n=12), indiquent que la participation de celles-ci à la formation offerte par un professeur de l'université était exceptionnelle (Peters et al.). Certes, il est possible d'observer dans les milieux cliniques que les préceptrices n'ont pas toujours la chance d'être libérées de leurs tâches et responsabilités pour assister à ces formations. Quant à eux, Peter et al. n'ont pas précisé les raisons du taux de participation exceptionnelle des préceptrices à la formation offerte par un professeur de l'université, mais il est possible de croire qu'un taux de participation plus élevé à cette formation aurait pu modifier les résultats de l'étude en ce qui concerne le niveau de préparation ressentie par les infirmières pour jouer le rôle de préceptrices auprès des étudiantes.

Enfin, en milieu clinique, tous les membres du personnel devraient contribuer de manière unique à l'apprentissage des étudiantes (Freundl et al., 2012). Toutefois, MacIntyre et al. (2009) soutiennent que l'implication de tous les membres du personnel infirmier de l'unité auprès des étudiantes en stage est plutôt faible. En effet, il n'est pas rare d'observer dans les milieux cliniques que la responsabilité de la formation des étudiantes revient uniquement à l'étudiante et l'infirmière-préceptrice ou la monitrice de stage. Dans le même ordre d'idée, l'ensemble des infirmières ayant participé à l'étude qualitative de Peters et al. (2013) ont souligné le manque de supervision de la part des milieux universitaires en ce qui a trait aux stages. De ce fait, il apparaît que les milieux cliniques et universitaires ne sont pas pleinement engagés dans la formation pratique des étudiantes.

Nombre restreint de modèles de rôle infirmier disponibles pour les étudiantes. Un autre inconvénient concerne le nombre restreint de modèles de rôle infirmier disponibles pour les étudiantes (Budgen, Gamroth, 2008; Larue et al., 2013; Luhanga et al., 2010). Dans une recension des écrits, réalisée en Australie et portant sur la modélisation de rôle dans la formation en sciences infirmières, Baldwin, Mills, Birks et Budden, (2014) énoncent que les étudiantes et les infirmières des milieux cliniques sont d'avis que les infirmières expérimentées ont une implication marquante dans le développement professionnel des étudiantes. Cette recension des écrits permet de stipuler que les étudiantes considèrent les infirmières en milieu clinique comme des modèles de rôles qui influencent leur pratique. Pour

sa part, Perry (2009), dans une étude phénoménologique menée au Canada auprès de huit infirmières considérées comme des modèles de rôles par leurs collègues, affirme que l'utilisation d'un modèle de rôle constitue une stratégie importante qui permet également aux infirmières, grâce au partage de leur savoir-faire avec les étudiantes, d'avoir une influence positive sur les résultats des soins prodigués aux patients et sur leur avancement professionnel. Toutefois, dans les modèles actuels, les étudiantes sont appelées à être supervisées par une seule infirmière ou un seul professeur, ce qui ne favorise pas toujours leur exposition à plusieurs modèles de rôle. Pourtant, Grealish, et Ranse (2009) énoncent que même l'exposition des étudiantes à de mauvaises pratiques peut se révéler bénéfique dans la construction de l'identité professionnelle de celles-ci, puisqu'elles peuvent ainsi être en mesure de constater certaines caractéristiques qu'elles ne souhaitent pas promouvoir lorsqu'elles pratiqueront la profession infirmière.

Faible sentiment d'appartenance des étudiantes à l'ensemble de l'équipe de soins. Un autre inconvénient commun aux modèles actuels est le faible sentiment d'appartenance des étudiantes à l'ensemble de l'équipe de soins. Le volet qualitatif d'une étude mixte, réalisée en Australie et au Royaume-Uni auprès de dix-huit étudiantes en sciences infirmières, avait pour but d'explorer des éléments précis de l'expérience du sentiment d'appartenance des étudiantes durant leurs stages (Levett-Jones et Lathlean, 2008; Levett-Jones et al., 2009; Levett-Jones, Lathlean, McMillan et Higgins, 2007). Selon ces mêmes auteurs, dans le cadre de cette étude, les récits narratifs des étudiantes démontrent que leur sentiment d'appartenance à l'ensemble de l'équipe de soins n'est pas toujours optimal.

Tout d'abord, les principales données qualitatives recueillies dans le cadre de cette étude quant aux facteurs individuels, interpersonnels, contextuels et organisationnels ayant un impact négatif sur l'expérience du sentiment d'appartenance des étudiantes sont la discordance entre les valeurs personnelles et professionnelles des étudiantes et celle du milieu clinique (Levett-Jones et al., 2007) ainsi que la réceptivité et l'accueil limités des étudiantes sur l'unité (Levett-Jones et Lathlean, 2008; Levett-Jones et al., 2007). Pour leur part, Levett-Jones et al. (2009) abordent, de façon plus spécifique dans leur écrit, la relation entre les membres de l'équipe de soins et les étudiantes, puisque la plus grande influence sur le sentiment d'appartenance des étudiantes est la nature de cette relation. Selon ces mêmes auteurs, les

thèmes concernant cette relation, qui ont une influence négative sur l'expérience du sentiment d'appartenance des étudiantes sont le manque de reconnaissance et d'appréciation des étudiantes, l'exclusion sociale de celles-ci par les membres de l'équipe et l'exclusion des étudiantes quant aux soins prodigués aux patients, l'impression des étudiantes de jouer un rôle qui nuit à l'équipe de soins ainsi que le manque de soutien offert à celles-ci.

Ensuite, les résultats de ces différents écrits démontrent aussi les conséquences d'une absence de sentiment d'appartenance des étudiantes en stage, soient : un sentiment d'anxiété et de détresse, un effort accru de la part des étudiantes pour intégrer l'équipe de soins, une possibilité de diminution de leur estime de soi ainsi qu'une possibilité que les apprentissages en milieu clinique soient limités (Levett-Jones et al., 2009; Levett-Jones et al., 2007). Dans le même ordre d'idée, Levett-Jones et Lathlean (2008) indiquent de façon plus spécifique la relation existante entre le sentiment d'appartenance et l'apprentissage des étudiantes. En effet, un faible sentiment d'appartenance entraîne les impacts négatifs suivants quant aux apprentissages des étudiantes : un découragement, un faible enthousiasme, une faible motivation et un manque d'intérêt à apprendre; une diminution de l'auto-apprentissage; une faible confiance qui empêche l'étudiante de poser des questions et un développement limité de la pensée critique des étudiantes.

En somme, le faible sentiment d'appartenance de l'étudiante à l'équipe de soins a pour effet de nuire à son bien-être et à ses apprentissages (Levett-Jones et Lathlean, 2008, Levett-Jones et al., 2009; Levett-Jones et al., 2007) ainsi que d'influencer son choix quant à son désir de poursuivre ses études dans un programme de soins infirmiers (Levett-Jones et al., 2009). Ainsi, il importe de mettre en place des stratégies en milieu clinique afin de favoriser le sentiment d'appartenance des étudiantes à l'équipe de soins et, par le fait même, de permettre aux étudiantes de se concentrer sur leurs apprentissages plutôt que sur leur intégration à l'équipe de soins (Levett-Jones et Lathlean, 2008; Levett-Jones et al., 2007).

En guise de conclusion, les modèles actuels utilisés au Québec présentent des avantages, mais aussi certaines limites. Ainsi, afin de pallier celles-ci, d'autres modèles seront proposés, notamment le modèle de l'UDE, de l'UCA et de l'UCAI.

Modèle de l'unité dédiée à l'éducation (UDE)

L'UDE, développée et implantée en Australie, émerge actuellement à l'échelle mondiale. Ce modèle a en effet été implanté avec certaines variantes dans plusieurs pays tels que les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, le Canada et la Suède (Edgecombe et Bowden, 2014; Freundl et al., 2012). L'UDE se définit comme étant une unité où la collaboration entre les infirmières du milieu clinique et du milieu universitaire est consolidée et où l'environnement d'apprentissage est favorable pour les étudiantes en raison de l'utilisation de stratégies pédagogiques d'enseignement et d'apprentissage (Edgecombe et al., 1999; Casey et al., 2008). Cette recension d'écrits sur l'UDE se penchera sur l'origine, les buts et les éléments clés de l'UDE. Ensuite, il sera question des variantes du modèle à l'échelle mondiale, des études évaluatives de l'UDE et des recommandations pour la mise en œuvre d'une UDE.

Origine et buts de l'UDE

Le concept de l'UDE, approuvé et mis en place en 1997, a été conçu par le vice-doyen au programme de premier cycle en sciences infirmières de l'Université de Flinders en Australie dans le but d'améliorer la collaboration entre le milieu clinique et universitaire et de remédier aux problèmes perçus par les étudiantes, les infirmières et les professeurs de l'université concernant les modèles traditionnels (Edgecombe et al., 1999). De plus, ce modèle a été conçu afin que les étudiantes bénéficient de l'expertise des infirmières du milieu clinique et des professeurs du milieu universitaire grâce à un partenariat plus étroit entre ceux-ci (Edgecombe et al.).

Éléments clés de l'UDE

Les éléments clés de l'UDE sont le partenariat entre le milieu clinique et universitaire; l'enseignement et l'apprentissage par les pairs; le rôle novateur du facilitateur de l'université et le changement de rôle des infirmières de l'unité (Edgecombe et al., 1999). Ces éléments clés impliquent la préparation des acteurs clés, soit les étudiantes, les infirmières et le facilitateur de l'université ainsi que le développement de tutoriels en milieu de soins (Edgecombe et al.; Gonda et al., 1999). Des caractéristiques spécifiques ont été ajoutées à chacune des UDE ayant été mises en place, et ce, afin de répondre aux particularités de chaque unité (Devereaux Melillo et al., 2014; Freundl et al., 2012; Watson et al., 2012; Wotton et Gonda, 1999, juillet).

L'UDE a été mise en place dans différents environnements de soins tels que les soins : communautaires (Betany et Yarwood, 2010), palliatifs (Chmura, 2015), en psychiatrie (Casey et Hughes, 2011; Moscato, Miller, Logsdon, Weinberg et Chorpenning, 2007), en oncologie (Dean et al., 2013), de longue durée (Devereaux Melillo et al.), en médecine-chirurgie (Glazer et al., 2011; Moore et Nahigian, 2013; Smyer, Gatlin, Tan, Tejada et Feng, 2015; Jamieson et al., 2008), en pédiatrie (Glazer et al.) et en réadaptation (Jamieson et al.). Les éléments clés de l'UDE ainsi que leurs implications seront détaillés au sein de cette présente section.

Partenariat entre le milieu clinique et universitaire. Dans l'UDE, il y a présence d'un partenariat entre le milieu clinique et universitaire (Edgecombe et al., 1999). Selon ces mêmes auteurs, les infirmières, les professeurs et les étudiantes collaborent afin d'établir un lien de respect et de confiance entre eux, et ce, dans le but de parvenir à ainsi créer un environnement d'apprentissage idéal pour tous.

Enseignement et apprentissage par les pairs. Il y a aussi présence de l'enseignement et de l'apprentissage par les pairs. En effet, plusieurs étudiantes de différents trimestres sont assignées à la même unité pour effectuer leur stage (Edgecombe et al., 1999; Edgecombe et Bowden, 2014). Toutefois, le début des stages ne se fait pas au même moment pour toutes les étudiantes et la durée des stages varie entre cinq à quinze semaines (Edgecombe, 2014; Gonda et al., 1999). Les étudiantes de troisième année commencent leur stage sur l'unité dès la première semaine du trimestre, et ce, à raison d'environ deux à trois journées par semaine durant quinze semaines (Edgecombe; Gonda et al.) Selon ces mêmes auteurs, le stage des étudiantes de deuxième année, quant à lui, débute à partir de la sixième semaine et chaque étudiante de deuxième année est jumelée avec une étudiante de troisième année tandis que le stage des étudiantes de première année débute à partir de la dixième semaine et chaque étudiante de première année est jumelée avec une étudiante de deuxième ou troisième année. Ainsi, dans l'UDE, les étudiantes des années supérieures du programme de baccalauréat en sciences infirmières agissent à titre de modèle de rôle pour les autres étudiantes (Edgecombe et al.). Dans une UDE, Edgecombe; Wotton et Gonda (2004) énoncent qu'en moyenne, environ dix étudiantes de troisième année, deuxième année et première année sont assignées à la même unité.

Rôle novateur du facilitateur de l'université. Dans l'UDE, il y a présence d'un facilitateur de l'université, expert en enseignement, lequel est appelé à travailler environ huit heures par semaine avec les étudiantes, à discuter des stratégies d'enseignement avec les infirmières de l'unité et à collaborer avec celles-ci en ce qui concerne l'évaluation des étudiantes et le développement continu de l'UDE (Edgecombe, et al., 1999). De plus, ce facilitateur de l'université joue un rôle important dans le développement des compétences des étudiantes, principalement en ce qui a trait au développement de la compétence du jugement clinique infirmier, car le facilitateur invite les étudiantes à réfléchir sur leur pratique clinique (Edgecombe et al.). Toutefois, ces auteurs n'indiquent pas si le facilitateur de l'université est un professeur de l'université ou encore une infirmière coordonnatrice de stage.

Changement de rôle des infirmières de l'unité. Toutes les infirmières de l'unité sont des expertes cliniques et elles assurent un rôle de mentor auprès des étudiantes (Edgecombe et al., 1999; Gonda et al., 1999). Toutefois, au sein de leur écrit, ces mêmes auteurs n'élaborent pas sur le rôle des infirmières de l'unité. Il n'est donc pas possible de savoir le nombre d'étudiantes que les infirmières doivent accompagner en stage et si celles-ci sont appelées à travailler et à accompagner les mêmes étudiantes pour toute la durée du stage. Aussi, les infirmières ont un rôle à jouer en collaboration avec le facilitateur de l'université quant à l'évaluation des apprentissages des étudiantes (Edgecombe et al.). Wotton et Gonda (2004) indiquent cependant que la responsabilité d'attribuer la note finale d'évaluation revient au personnel de l'université.

Préparation des acteurs clés pour l'UDE. Comme mentionné plus haut, ces éléments clés impliquent la préparation des acteurs clés pour l'UDE. Celle-ci est décrite au tableau I.

Tutoriel en milieu de soins. Dans l'UDE, les professeurs de l'université offrent des tutoriels sur l'unité environ toutes les trois semaines (Gonda et al., 1999). Ces tutoriels s'adressent aux étudiantes de toutes les années ainsi qu'aux infirmières de l'unité présentant un intérêt (Edgecombe et Bowden, 2014; Gonda et al.). Les sujets abordés portent sur les expériences cliniques de stages des étudiantes (Edgecombe et al., 1999). Grâce à la discussion et à l'analyse de groupe, ces tutoriels visent à perfectionner les apprentissages des étudiantes et à favoriser le transfert de connaissances entre la théorie et la pratique (Edgecombe et al.).

Aussi, ces mêmes auteurs énoncent que, pour les professeurs qui n'ont pas d'expérience clinique récente, ces tutoriels leur permettent d'être à jour à l'égard des nouveautés cliniques.

Tableau I

Préparation des acteurs clés pour l'UDE

Acteurs	Types de préparation	Buts de la préparation
Infirmières du milieu clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atelier d'une journée à l'université qui a lieu avant le début des stages ▪ Remise d'un dépliant sur l'enseignement clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter du concept de l'UDE ▪ Préparer les infirmières dans leurs tâches et leurs responsabilités ▪ Informer les infirmières du rôle du facilitateur de l'université ▪ Explorer les difficultés possibles et identifier des stratégies portant sur celles-ci
Toutes les étudiantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conférences ▪ Séances d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Découvrir le modèle de l'UDE ▪ Inviter les étudiantes à soumettre une lettre d'intérêt à participer à l'UDE
Étudiantes de l'UDE (choisies grâce aux lettres d'intérêts)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ateliers qui ont lieu avant le début des stages ▪ Nombre d'ateliers et leurs durées non spécifiés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer les étudiantes dans leur rôle ▪ Informer les étudiantes des stratégies d'enseignements utilisés dans l'UDE et de l'évolution des apprentissages souhaités ▪ Expliquer les raisons de l'utilisation de l'apprentissage par les pairs
Facilitateur de l'université	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation avant le début du stage non spécifié ▪ Réunions deux fois par mois avec le personnel infirmier de l'UDE (durant le stage) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le bon fonctionnement de l'UDE et les progrès des étudiantes ▪ Identifier les problèmes rencontrés et discuter des stratégies à mettre en application portant sur ces problèmes ▪ Répondre aux questions relatives à l'UDE

© Martel et Larue (2017). Inspiré d'Edgecombe et al., 1999; Gonda, 2014; Wotton et Gonda, 1999, juillet.

Variantes du modèle à l'échelle mondiale

Afin de répondre au besoin unique de chaque pays concernant la formation clinique, le modèle australien de l'UDE a été adapté dans chaque pays où il a été mis en œuvre. À titre d'exemple, les différences entre le modèle australien et le modèle américain de l'UDE sont présentées au tableau II, ci-dessous. En ce qui a trait au modèle de l'UDE mis en place en Nouvelle-Zélande, un élément qui diffère est l'ajout d'une infirmière de liaison clinique

(Casey et al., 2008; Jamieson et al., 2008; Waston et al., 2012). Selon ces mêmes auteurs, cette infirmière est une infirmière de l'unité qui est sélectionnée par l'équipe de projet de l'UDE et l'infirmière gestionnaire de l'unité où l'UDE est implantée. L'infirmière de liaison clinique est libérée pour effectuer son rôle qui consiste, principalement à fournir un programme d'orientation aux étudiantes; accompagner celles-ci en stage; faciliter leurs apprentissages; collaborer à leurs évaluations; les assigner à une infirmière, à une autre étudiante et à un patient; favoriser le lien entre tous les membres de l'UDE et améliorer les possibilités d'apprentissages des étudiantes (Casey et al.; Jamieson et al.; Waston et al.). En Nouvelle-Zélande, le facilitateur de l'université est l'infirmière de liaison clinique. Enfin, l'adaptation du modèle de l'UDE au Canada fera l'objet du prochain thème de cette recension des écrits, soit le modèle de l'UCA (Lougheed et Galloway Ford, 2005).

Tableau II

Différences entre le modèle australien et le modèle américain de l'UDE

Éléments clés de l'UDE	Modèle australien de l'UDE	Modèle américain de l'UDE
Accompagnement des étudiantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étudiante non assignée à une infirmière ▪ Étudiante supervisée par plusieurs infirmières de l'unité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étudiante assignée à une infirmière différente toutes les six semaines ▪ Deux étudiantes sont jumelées avec la même infirmière de l'unité
Rôle du facilitateur de l'université	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence hebdomadaire sur l'unité (entre huit à dix heures) ▪ Travaille avec les étudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence quotidienne sur l'unité ▪ Travaille principalement avec les infirmières-préceptrices
Enseignement et apprentissage par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'enseignement et d'apprentissage par les pairs ▪ Présence sur l'unité d'étudiantes des trois années du baccalauréat en sciences infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'enseignement et d'apprentissage par les pairs ▪ Présence sur l'unité d'étudiantes de la même année du baccalauréat en sciences infirmières (éventuellement dans les futures UDE, plusieurs étudiantes de différents trimestres seront attribuées à la même unité)

© Martel et Larue (2017). Inspiré d'Edgecombe et al., 1999; Moscato, et al., 2007.

Études évaluatives de l'UDE

Plusieurs études ont évalué le modèle de l'UDE. Celles qui seront présentées ci-après seront divisées comme suit : études évaluatives du modèle australien de l'UDE et études évaluatives des modèles modifiés de l'UDE, soit le modèle américain et néo-zélandais.

Études évaluatives du modèle australien de l'UDE. La majorité des études évaluatives de l'UDE ont été réalisées auprès des personnes clés de l'UDE, soient les membres du personnel de l'unité, les étudiantes et les infirmières du milieu universitaire. Plusieurs de ces études concernent l'expérience de ces personnes clés dans le modèle de l'UDE. Au total, six écrits ont été recensés, dont cinq écrits australiens et un écrit canadien. Parmi ces écrits se trouvent un livre, une conférence, une revue de littérature, deux études qualitatives et une étude mixte. Les avantages et les limites du modèle australien de l'UDE ayant été repérés dans ces écrits seront à présent traités.

Avantage du modèle australien de l'UDE. Cette section rend compte des avantages du modèle australien de l'UDE qui ont été repérés dans les différents écrits scientifiques. Ceux-ci présentent des thèmes récurrents, soit le modèle privilégié, l'impact d'une UDE, l'apprentissage des étudiantes et des infirmières, le rôle du facilitateur de l'université et les relations de collaboration. Les avantages de l'UDE australien seront donc présentés selon ces thèmes.

Premièrement, le modèle privilégié est un thème qui a fait l'objet de plusieurs témoignages au sein de l'étude de Gonda et al. (1999). Cette étude qualitative avait pour but d'évaluer la mise en œuvre du concept de l'UDE du point de vue de deux groupes de participantes : les étudiantes (n= 49) et les infirmières (n=21). Chaque groupe de participantes a été appelé à remplir un questionnaire auto administré anonyme, lequel a permis de recueillir des données qualitatives quant aux commentaires des étudiantes et des infirmières sur l'UDE (Gonda et al.). Ensuite, toutes les participantes ont été invitées à remplir un questionnaire commun ayant permis de comparer et d'évaluer les informations complémentaires entre les deux groupes de participantes concernant leur compréhension de l'UDE, leurs rôles, les avantages et les conséquences perçus de l'UDE pour les patients, les étudiantes et les infirmières (Gonda et al.). Cette étude présente toutefois quelques limites. En effet, seulement trois des quatre UDE

existantes, en Australie, ont été considérées pour cette étude de Gonda et al., étant donné que, pour l'une des quatre UDE, la collecte des données était incomplète. Ces mêmes auteurs n'élaborent pas sur cette collecte des données incomplète. Ainsi, pour cette étude, l'inclusion de la quatrième UDE aurait pu entraîner une modification des résultats (Gonda et al.). De plus, le taux de participation à cette étude n'était pas optimal, soit de 54 % pour les étudiantes et de 35 % pour les infirmières. Ces limites doivent donc être prises en considération dans l'analyse des résultats. Ainsi, à la suite de l'analyse thématique des données de l'étude de Gonda et al., le modèle privilégié est l'un des thèmes qui a émergé. Selon ces mêmes auteurs, 71 % des étudiantes ont préféré l'UDE et 68 % des étudiantes considèrent que l'UDE devrait être le modèle utilisé pour toutes les étudiantes du baccalauréat (Gonda et al.). Les infirmières ont également souligné que l'UDE devrait être le modèle à privilégier puisqu'elles sont convaincues que l'UDE améliore les résultats universitaires des étudiantes (Gonda et al.). Toutefois, aucune donnée n'est disponible pour confirmer ces résultats. De leur côté, dans un livre sur l'UDE, Bowden et al. (2014) présentent quatorze histoires de personnes engagées dans l'UDE dans différents contextes de soins. Parmi les participantes, une infirmière souligne qu'elle privilégie le modèle de l'UDE aux autres modèles, car, à son avis, l'UDE permet une meilleure compréhension de la pratique infirmière.

Deuxièmement, un autre thème, qui est ressorti des études recensées, est l'impact d'une UDE. Ce thème figure au sein des résultats d'une étude mixte qui a été réalisée, en Australie, auprès des infirmières en milieu clinique (n=127), des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières de tous les groupes d'années (n=121) et des infirmières du milieu universitaire (n=7) dans le but d'évaluer le modèle novateur de l'UDE (Wotton et Gonda, 2004). Cette étude a d'ailleurs été présentée lors d'une conférence (Wotton et Gonda, 1999, juillet). Le questionnaire auto administré utilisé pour recueillir des données visait à produire des données comparables et descriptives pour les trois groupes de participantes. Il est cependant à noter que les auteurs n'ont pas considéré les données des participantes de l'université dans l'analyse des données comparatives entre les différents groupes de participantes, étant donné le petit nombre de participantes (n=7), ce qui peut représenter une limite de l'étude. Toutefois, il aurait été tout de même intéressant que ce groupe de participantes soit inclus dans les résultats puisque ces participantes représentent des acteurs clés dans le modèle de l'UDE. Ainsi, les résultats du

thème de l'impact d'une UDE ont démontré que la majorité des étudiantes et des infirmières étaient en accord avec le fait que le travail des étudiantes sur l'unité avait des répercussions positives sur l'équipe de soins (Wotton et Gonda, 1999, juillet, 2004). Aussi, la majorité des participantes ont estimé que la qualité des soins était conservée (Wotton et Gonda). D'ailleurs, plusieurs infirmières ont mentionné avoir plus de temps pour leur pratique et pour prodiguer des soins holistiques à leurs patients (Wotton et Gonda). Dans le même ordre d'idée, selon ces mêmes auteurs, les infirmières étaient en accord à 70,6 % qu'en début de stage, leur charge de travail était augmentée. Toutefois, elles étaient en accord à 73,8 % qu'au fur et à mesure que le stage avançait, leur charge de travail était diminuée grâce à l'augmentation de la confiance et des compétences des étudiantes (Wotton et Gonda). Ensuite, dans un livre portant sur l'UDE, une étudiante indique que l'UDE permet d'être mieux préparé à exercer le rôle d'infirmière et de découvrir une identité professionnelle (Bowden et al., 2014). Finalement, les études recensées soulignent que, dans une UDE, les étudiantes sont considérées comme des membres de l'équipe de soins (Bowden et al.; Ranse et Grealish, 2007; Wotton et Gonda). L'étude qualitative exploratoire de Ranse et Grealish a été réalisée en Australie auprès d'étudiantes en deuxième année (n=17, taux de participation de 34 %) et d'étudiantes en troisième année (n=8, taux de participation de 24 %) et cette étude visait à explorer et comprendre l'expérience d'apprentissage des étudiantes dans une UDE.

Troisièmement, les connaissances et les compétences des étudiantes ainsi que des infirmières figurent parmi les thèmes récurrents dans les études recensées. Les participantes de l'étude de Gonda et al. (1999) et de Ranse et Grealish (2007) ont indiqué que, dans l'UDE, les étudiantes sont exposées à différentes situations cliniques, ce qui augmente leurs possibilités d'apprentissage. Ensuite, concernant le thème des connaissances et des compétences, les étudiantes ont déclaré que l'UDE leur a permis d'acquérir et de consolider leurs connaissances, de transférer leurs connaissances théoriques à leur pratique et d'effectuer des pratiques réflexives (Gonda et al.). Pour leur part, les infirmières ont indiqué que l'UDE les a incités à poursuivre leurs apprentissages, et par le fait même, à mieux comprendre les pathologies de leurs patients ainsi que les soins prodigués à ceux-ci (Gonda et al.). Aussi, les résultats de l'étude de Wotton et Gonda, (1999, juillet, 2004) ont démontré que la majorité des

étudiantes (74,4 %) et des infirmières (84 %) étaient d'accord avec le fait que l'UDE a permis le développement de compétences et l'acquisition de connaissances.

Quatrièmement, le rôle du facilitateur de l'université et des infirmières semble être un thème récurrent des études recensées. Les infirmières soulignent que l'UDE leur a permis d'aider les étudiantes à mettre en application la théorie en pratique, à améliorer leur pratique grâce à des réflexions critiques et à bénéficier d'un meilleur partenariat avec les membres de l'université (Gonda et al., 1999). Quant au facilitateur de l'université, les étudiantes ont mentionné se sentir à l'aise avec celui-ci (Gonda et al.). Elles étaient en effet en mesure, lors des rencontres avec le facilitateur de l'université, de verbaliser tous les problèmes qu'elles avaient rencontrés (Gonda et al.). Les deux groupes de participantes de cette étude ont stipulé que, dans une UDE, le partenariat entre les infirmières et le facilitateur de l'université contribue aux apprentissages des étudiantes (Gonda et al.). De plus, la majorité des participantes de l'étude de Wotton et Gonda (1999, juillet, 2004) étaient en désaccord avec le fait que le facilitateur ne soutient pas les étudiantes problématiques. Le directeur universitaire de la première UDE a énoncé dans l'écrit de Bowden et al. (2014) que, par sa présence hebdomadaire, le facilitateur de l'université peut régler les situations problématiques avant que celles-ci prennent de l'ampleur.

Cinquièmement, les relations de collaboration ressortent au sein des résultats des études recensées. Une infirmière de l'étude de Gonda et al. (1999) a affirmé ceci : « amie, collègue de travail, confidente, mentor, auditrice- je connaissais mieux les étudiantes et j'étais capable d'évaluer leurs capacités » [Traduction libre] (Gonda et al., 1999, p.176). Quant à elles, les étudiantes ont décrit positivement leurs relations avec les autres étudiantes et les infirmières (Gonda et al.). Elles ont souligné que les étudiantes de tous les niveaux se soutenaient les une les autres quant à leurs apprentissages et quant à leurs situations personnelles et qu'un lien d'amitié s'était créé entre elles (Gonda et al.). De plus, les étudiantes ont énoncé avoir une relation chaleureuse et d'ouverture avec les infirmières (Gonda et al.). En outre, concernant ce thème, 77, 2 % des étudiantes ont indiqué que l'UDE leur a permis de développer des relations plus fortes avec les autres étudiantes que dans les modèles traditionnels (Wotton et Gonda, 1999, juillet, 2004). Les résultats des infirmières concernant ce thème étaient positifs à 74,6 % (Wotton et Gonda). En effet, une infirmière a fait mention de la confiance des étudiantes et de

leur volonté à vouloir aider les autres étudiantes (Wotton et Gonda). De son côté, une infirmière a indiqué, dans l'écrit de Bowden et al. (2014) que les membres de l'unité et de l'université ainsi que les étudiantes avaient de bonnes relations et travaillaient ensemble.

Ensuite, les résultats des études recensées ont permis de soulever un sous-thème concernant le thème des relations de collaboration. Il s'agit de la stratégie d'enseignement et d'apprentissage par les pairs. Celle-ci a été évaluée positivement par les étudiantes de deuxième et troisième année qui ont été appelées à faciliter les apprentissages des autres étudiantes (Gonda et al., 1999). De plus, les étudiantes de deuxième et troisième année ont énoncé que cette stratégie d'apprentissage leur a permis de consolider leurs propres apprentissages, d'apprendre les unes des autres, de réaliser l'ampleur de leur progression depuis le début de leur baccalauréat, de comprendre comment les infirmières se sentent lorsqu'elles accompagnent des étudiantes en stage et de développer un lien d'amitié et une collaboration avec les autres étudiantes (Gonda et al.). Dans le même ordre d'idée, plusieurs étudiantes de l'étude de Ranse et Grealish (2007) ont énoncé que l'UDE leur a permis d'apprendre les unes des autres en partageant leurs connaissances et leurs expériences. D'ailleurs, plusieurs étudiantes ont mentionné que l'enseignement et l'apprentissage par les pairs leur a permis de renforcer leurs connaissances et d'accroître leur confiance en soi (Ranse et Grealish). En outre, les étudiantes ont souligné que, dans l'UDE, un apprentissage réciproque entre les étudiantes et les membres de l'unité était présent (Ranse et Grealish). De plus, au sein de l'écrit de Bowden et al. (2014), une infirmière a mentionné que dans une UDE, un apprentissage partagé entre les différentes personnes engagées avait lieu.

En somme, les avantages de l'UDE sont nombreux. Les principaux avantages qui sont révélés dans les différents écrits (Bowden et al., 2014; Gonda et al., 1999; Ranse et Grealish, 2007; Wotton et Gonda, 1999, juillet, 2004) sont : l'apprentissage par les pairs; le renforcement de la collaboration entre les membres de l'unité et de l'université, ainsi que les étudiantes; la préparation des étudiantes à l'égard de la profession infirmière et le maintien de la qualité des soins offerts aux patients.

Limites du modèle australien de l'UDE. Cette section traite des limites du modèle australien de l'UDE ayant été identifiées dans les différents écrits scientifiques. Ceux-ci

présentent des thèmes répétitifs : la rétroaction, la stratégie d'enseignement et d'apprentissage par les pairs, les connaissances des étudiantes ou des infirmières et l'impact d'une UDE.

Premièrement, la rétroaction apparaît comme une limite de l'UDE dans l'étude de Wotton et Gonda (1999, juillet, 2004). L'une des problématiques soulevée par les infirmières de l'étude de Wotton et Gonda est que les étudiantes avaient de la difficulté à critiquer leur propre performance. Quant aux infirmières, étant donné leur manque d'expérience dans le domaine de l'évaluation, celles-ci avaient de la difficulté à mentionner aux étudiantes les éléments problématiques (Wotton et Gonda). Aussi, un seuil de signification de 0,001 a été obtenu en lien avec l'hypothèse que les infirmières étaient probablement plus d'accord que les étudiantes concernant le fait que les infirmières étaient plus préoccupées par les activités que les étudiantes devaient accomplir que par les connaissances qu'elles devaient acquérir (Wotton et Gonda). En lien avec ce résultat, les infirmières étaient d'accord à 51,2 % avec le fait qu'elles auraient besoin de plus d'informations au sujet de l'enseignement clinique comparativement à 32,8 % des étudiantes qui étaient d'accord (Wotton et Gonda). Aussi, selon ces mêmes auteures, les infirmières ont indiqué qu'elles manquaient de temps pour expliquer aux étudiantes certaines situations ou certains soins. D'ailleurs, une infirmière a mentionné que l'UDE serait encore plus avantageux pour les apprentissages des étudiantes si les membres du personnel de l'unité avaient plus de temps à consacrer pour l'enseignement aux étudiantes (Wotton et Gonda). En effet, les étudiantes ont spécifié qu'elles auraient aimé avoir plus de rencontres avec le facilitateur de l'université afin de bénéficier d'un plus grand suivi quant à leur développement (Gonda et al., 1999).

Deuxièmement, bien que la stratégie d'enseignement et d'apprentissage par les pairs ait de nombreux avantages, celle-ci présente certains inconvénients. Dans l'étude de Gonda et al., (1999), le seul inconvénient que certaines étudiantes ont soulevé à l'égard de l'enseignement par les pairs est leur anxiété d'être perçues incompetentes par les autres étudiantes. De plus, concernant cette stratégie pédagogique, certaines étudiantes ont exprimé de la difficulté avec le fait d'être jumelées avec une étudiante qui manquait de confiance, de compétences ou d'autonomie (Ranse et Grealish, 2007). Aussi, certaines étudiantes n'ont pas aimé que cette stratégie pédagogique limite leur pratique en raison du partage des soins entre les étudiantes (Ranse et Grealish). Finalement, une des infirmières de l'étude de Wotton et Gonda (2004) a

énoncé qu'elle n'était pas persuadée de la capacité des étudiantes à gérer efficacement leur temps et à pouvoir réellement ressentir et comprendre la responsabilité des soins prodigués aux patients.

Troisièmement, les connaissances des étudiantes ou des infirmières est un thème qui a fait l'objet de deux témoignages dans l'écrit de Wotton et Gonda (2004). Les participantes de cette étude ont indiqué que les étudiantes avaient un manque de connaissances en ce qui a trait à la pharmacologie. Aussi, une infirmière a mentionné qu'elle aurait aimé bénéficier davantage des connaissances en enseignement du facilitateur de l'université, par exemple, en recevant des commentaires de celui-ci concernant ses stratégies d'enseignement (Wotton et Gonda).

Quatrièmement, l'impact de l'UDE semble être un thème récurrent dans les études recensées. Une étudiante de l'écrit de Bowden et al. (2014) a indiqué qu'il pouvait être difficile et épuisant pour les étudiantes de travailler de façon autonome. Pour sa part, une infirmière a exprimé avoir de la difficulté lorsqu'il y avait un grand nombre d'étudiantes en même temps sur l'unité (Bowden et al.).

Ensuite, la charge de travail clinique dans une UDE est un sous-thème de l'impact de l'UDE. Ce sous-thème a été évalué plus négativement du point de vue des étudiantes étant donné que la majorité de celles-ci ont indiqué qu'il était difficile de travailler et d'étudier durant un stage dans une UDE en raison du manque de temps (Gonda et al., 1999). Les étudiantes trouvaient difficile de gérer tous les travaux qu'elles avaient à faire lors de l'UDE (Gonda et al.). En effet, une étudiante a mentionné qu'elle n'avait aucun temps pour elle, car elle passait tout son temps au centre hospitalier ou à son emploi rémunéré (Gonda et al.). Dans la revue de littérature de Budgen et Gamroth (2008), visant principalement à élargir la compréhension, les avantages et les limites de dix modèles de la pratique en sciences infirmières au Canada, la charge de travail des étudiantes dans l'UDE australienne apparaît également comme une limite. Pour leur part, les infirmières ont souligné qu'au début du stage dans une UDE, celles-ci devaient consacrer beaucoup de temps à l'accompagnement des étudiantes (Gonda et al.). Toutefois, selon ces mêmes auteures, les infirmières ont énoncé que ce temps investi au début du stage a été avantageux puisqu'à la fin du stage, les étudiantes étaient grandement utiles à l'équipe de soins. Ensuite, les étudiantes ont indiqué qu'à

l'occasion, elles étaient limitées dans leurs occasions d'apprentissages, car elles étaient parfois considérées comme une employée de l'unité lorsqu'il y avait un manque de personnel (Ranse et Grealish, 2007).

En résumé, les principales limites du modèle australien de l'UDE qui ont été répertoriées dans les études recensées (Bowden et al., 2014; Budgen et Gamroth, 2008; Gonda et al., 1999; Ranse et Grealish, 2007; Wotton et Gonda, 1999, juillet, 2004) sont : la charge de travail clinique élevé des étudiantes et la rétroaction limitée.

Études évaluatives des modèles adaptées de l'UDE. Les études présentées plus haut ont permis d'évaluer le modèle australien de l'UDE. Contrairement à ces études, les écrits présentés ci-dessous ont évalué le modèle américain ou le modèle néo-zélandais de l'UDE. Ces deux modèles sont une adaptation du modèle australien de l'UDE. De plus, ces écrits sont principalement des études qualitatives ou des études mixtes. Le tableau III présente donc une synthèse des expériences communes des acteurs clés quant à l'UDE adapté.

Recommandations pour la mise en œuvre d'une UDE

Plusieurs recommandations, quant à la mise en œuvre d'une UDE, sont présentées par les auteurs de plusieurs écrits provenant de différents pays où l'UDE a été implantée. Tout d'abord, la réussite de la mise en œuvre d'une UDE dépend grandement de la force du partenariat entre le milieu clinique et universitaire et de la collaboration entre les différentes personnes engagées dans l'UDE (Betany et Yarwood, 2010; Casey et Hughes, 2011; Glazer et al., 2011; Wotton et Gonda, 2004). Glazer et al. mentionnent aussi que l'unité sélectionnée pour mettre en place une UDE devrait être une unité où le leadership infirmier est marquant, où l'environnement est accueillant et opportun pour les étudiantes et où plusieurs infirmières ont une expérience et un intérêt pour l'enseignement. Pour finir, Burke, Moscato et Warner (2009); Moscato et al. (2007) indiquent que pour qu'un changement dans la formation clinique en sciences infirmières ait lieu, il est important qu'entre les différents partenaires, une relation de confiance, un engagement vers des objectifs communs, une communication ouverte et fréquente et un désir de prendre des risques soient présents. Ainsi, ces différents éléments devraient être considérés par tous les partenaires qui ont la volonté d'innover.

Tableau III

Synthèse des expériences communes des acteurs clés quant à l'UDE adapté

Mentionné par	Évaluation de l'expérience de l'UDE	Auteurs
Étudiantes	Capacité à faire des liens entre la théorie et la pratique	Hannon et al. (2012); Jamieson et al. (2008); Saxton, Warmbrodt, Mahley, Reberry et McNeece (2015)
Étudiantes	Exposition à des expériences de pratiques variées	Betany et Yarwood (2010); Freundl et al. (2012)
Étudiantes	Sentiment d'être bien accueillies sur l'unité par le personnel infirmier	Betany et Yarwood; Freundl et al.; Hannon et al.; Jamieson et al.; Moscato et al. (2007); Nishioka, Coe, Hanita et Moscato (2014b); Saxton et al.
Étudiantes	Impression d'être considérées comme des collègues de travail par l'équipe de soins	Betany et Yarwood; Devereaux Melillo et al. (2014); Glazer et al. (2011); Jamieson et al.; Moscato et al.; Nishioka, Coe, Hanita et Moscato (2014a)
Étudiantes	Participation à la collaboration interdisciplinaire	Chmura (2015); Devereaux Melillo et al.; Jamieson, et al.; Moscato et al.
Personnel de l'unité	Soutien au perfectionnement professionnel	Betany et Yarwood; Devereaux Melillo et al.; Moscato et al.
Infirmières	Développement d'une passion pour l'enseignement ou un désir de jouer de nouveau un rôle de préceptrice	Chmura; Drapemont et Lee (2013); Dean et al. (2013); Hannon et al.
Infirmières	L'éducation clinique des étudiantes et le développement des compétences des infirmières sont plus privilégiés dans l'UDE que dans le modèle de groupe	Nishioka et al. (2014a)
Infirmières et gestionnaires	Collaboration avec toutes les personnes engagées	Hannon et al. ; Jamieson et al.

© Martel et Larue (2017). Inspiré des auteurs énoncés dans la troisième colonne du tableau III.

Modèle de l'unité collaborative d'apprentissage (UCA)

L'UCA est définie comme étant un modèle complémentaire aux modèles actuels en sciences infirmières où un groupe d'étudiantes est affecté à une unité plutôt qu'à une préceptrice (Callaghan et al., 2009; Lougheed et Galloway Ford, 2005). Lougheed et Galloway Ford ont développé un résumé de l'UCA. Dans ce résumé, il est question principalement : de l'origine, des buts et des caractéristiques de l'UCA. Ces différents éléments de l'UCA seront présentés pour décrire ce type d'unité. Comme il s'agit du modèle d'intérêt pour cette étude, les particularités de l'UCA seront décrites en détail dans cette section de la recension des écrits. Ensuite, il sera question des études évaluatives de l'UCA et des recommandations pour la mise en œuvre d'une UCA.

Origine, buts et conception de l'UCA

Le modèle de l'UCA a été proposé par la directrice de l'école des sciences infirmières de l'Université de Victoria et par la direction des soins infirmiers du centre hospitalier *Vancouver Island Health Authority*, en 2001 (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Basé sur l'UDE, implanté et mis en place en Australie, le modèle de l'UCA est une adaptation du modèle australien de l'UDE au contexte de la Colombie-Britannique (Callaghan et al., 2009). En 2003, la première UCA a été mise en place afin de remédier au recrutement difficile de préceptrices d'expérience pour accompagner les étudiantes en stages (McCullough et Sawchenko, 2007). Par la suite, l'UCA a été introduit dans quatre autres établissements d'enseignement et organismes de soins de santé de la province de la Colombie-Britannique (McCullough et Sawchenko).

Les buts recherchés par l'implantation d'une UCA étaient l'accroissement du co-apprentissage et du soutien à la formation continue (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Quant aux principaux objectifs de ce modèle, ceux-ci visaient à créer un lieu d'apprentissage positif pour tous les membres du milieu clinique et universitaire engagés dans l'UCA, à offrir une formation pratique de qualité aux étudiantes ainsi qu'à réduire la charge de travail individuelle des infirmières liées au préceptorat (McCullough et Sawchenko, 2007 et Lougheed et Galloway Ford).

L'UCA a été créé pour permettre aux étudiantes de vivre des expériences cliniques de grande qualité, d'augmenter leurs occasions d'apprentissages et leurs expositions à des situations cliniques, d'assurer le développement de leurs compétences cliniques, de développer une autonomie dans leurs apprentissages, d'améliorer leur préparation à l'exercice de la profession infirmière et d'augmenter leur développement et leur socialisation professionnelle (Lougheed et Galloway Ford, 2005). De plus, selon ces mêmes auteures, le modèle de l'UCA a été conçu pour augmenter la collaboration entre le milieu clinique et universitaire, pour combler l'écart entre les attentes de ces deux milieux ainsi que pour améliorer le recrutement d'infirmières novices et la rétention d'infirmières expérimentées. Aussi, la mise en place de l'UCA visait à long terme, l'amélioration des occasions de recherches, l'amélioration de l'efficacité du système de santé, l'augmentation de l'accessibilité au programme en sciences infirmières en raison de l'augmentation de la capacité à encadrer les étudiantes en milieu clinique, la diminution de la pénurie infirmière et la possibilité de formation interprofessionnelle (Lougheed et Galloway Ford).

Éléments clés de l'UCA

L'UCA comprend les mêmes éléments clés que ceux du modèle australien de l'UDE soient un partenariat entre le milieu clinique et le milieu universitaire, le changement de rôle des infirmières de l'unité et le rôle novateur du facilitateur de l'université ainsi que l'enseignement et apprentissage par les pairs (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Toutefois, l'UCA se différencie de l'UDE étant donné qu'à ces éléments clés de l'UDE s'ajoutent : une plus grande étendue dans l'horaire des stages des étudiantes, une autonomie des étudiantes dans l'attribution des patients et l'appui d'un groupe de soutien (Lougheed et Galloway Ford). Aussi, tout comme, pour le modèle de l'UDE, les éléments clés de l'UCA impliquent la préparation des acteurs clés soient les étudiantes, les infirmières et le facilitateur de l'université (Lougheed et Galloway Ford). Ainsi, les modifications faites pour l'UCA quant aux éléments clés communs à l'UDE, soient les rôles spécifiques pour les acteurs clés et l'enseignement et l'apprentissage par les pairs, seront présentés selon l'écrit de Lougheed et Galloway Ford. Ensuite, selon ce même écrit, les éléments spécifiques à l'UCA seront traités.

Rôles spécifiques pour les acteurs clés de l'UCA. Dans ce modèle, les acteurs clés jouent des rôles spécifiques. Premièrement, le rôle des étudiantes n'est pas décrit de façon détaillée

dans les écrits sur l'UDE. Pour ce qui est du rôle des étudiantes dans l'UCA, celles-ci sont considérées comme les spécialistes de leurs apprentissages (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Elles doivent aussi solliciter les ressources dont elles ont besoin pour leurs apprentissages et chaque étudiante doit chercher à obtenir des commentaires du personnel de l'unité et du facilitateur de l'université quant à ses apprentissages (Callaghan et al., 2009; Lougheed et Galloway Ford). Aussi, les étudiantes doivent démontrer au personnel de l'unité et au facilitateur de l'université, leur capacité à prendre des décisions et à donner des soins de qualité (Lougheed et Galloway Ford).

Deuxièmement, en ce qui concerne le rôle des infirmières de l'unité, dans l'UCA, celles-ci partagent leur expertise avec les étudiantes (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Selon ces mêmes auteures, les infirmières s'assurent aussi que les soins prodigués aux patients soient de grande qualité. Dans l'UCA, ce sont toutes les infirmières de l'unité qui sont appelées à accompagner les étudiantes en stage (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009; Lougheed et Galloway Ford). En effet, toutes les infirmières peuvent agir en tant que préceptrices auprès des étudiantes, et ce, peu importe leurs années d'expérience (Lougheed et Galloway Ford). Les étudiantes ne sont donc pas affectées à une seule préceptrice pour réaliser leur stage, mais plutôt à une unité, qui est un lieu d'apprentissage. Les étudiantes sont donc appelées à travailler avec une variété d'infirmières, mais également, avec les autres professionnels de la santé et intervenants de l'unité (Callaghan et al.; Lougheed et Galloway Ford). Ainsi, les infirmières doivent guider les autres membres de l'unité à travers ce modèle (Lougheed et Galloway Ford).

Troisièmement, dans l'UCA, il y a également la présence d'un facilitateur de l'université. Au début, le facilitateur peut visiter plus régulièrement et plus longtemps l'unité pour établir des relations avec l'équipe de soins et pour clarifier le rôle de toutes les personnes engagées dans l'UCA (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Par la suite, toujours selon Lougheed et Galloway Ford, le facilitateur de l'université visite l'unité environ deux fois par semaine dans le but de favoriser l'apprentissage des étudiantes, de répondre aux questions et aux préoccupations du personnel infirmier, d'évaluer les apprentissages des étudiantes et dans le but de s'assurer qu'elles ont développé les compétences exigées par le programme de formation. Ainsi, lors de ses visites hebdomadaires sur l'unité, le facilitateur en profite pour

évaluer les étudiantes et il recueille des informations auprès des infirmières en ce qui a trait aux apprentissages des étudiantes (Lougheed et Galloway Ford). D'ailleurs, chaque infirmière est invitée à remplir un formulaire de rétroaction facultatif (Lougheed et Galloway Ford). Selon ces mêmes auteures, ce formulaire est ensuite consulté par le facilitateur de l'université afin de l'aider à évaluer les étudiantes selon les catégories suivantes : connaissances, enseignement, jugement clinique, sens de l'organisation, responsabilité professionnelle et communication. À l'aide d'une échelle numérique allant de faible à élever, les infirmières évaluent les étudiantes pour chaque catégorie et notent des commentaires (Lougheed et Galloway Ford). Les écrits sur l'UDE ne font, quant à eux, pas mention de l'utilisation d'un formulaire de rétroaction.

Enseignement et apprentissage par les pairs. Dans l'UCA, la stratégie d'apprentissage du soutien par les pairs est utilisée et se rapproche d'un des éléments clés de l'UDE. Dans l'UCA, trois méthodes sont utilisées pour rendre possible l'apprentissage par les pairs, soient : la variabilité de l'horaire des stages des étudiantes, décrite ci-dessous, qui fait en sorte qu'à l'occasion deux étudiantes se retrouvent sur l'unité au même moment; les séminaires qui se déroulent, toutes les deux semaines, sous forme de présentation effectuée par les étudiantes ou sous forme de discussion portant sur des sujets déterminés par les étudiantes ou par les professeurs de l'université ainsi que le clavardage en ligne pour les étudiantes et le facilitateur de l'université qui permet le partage d'expériences pratiques (Lougheed et Galloway Ford, 2005).

Grande étendue dans l'horaire des stages. Dans ce modèle, l'horaire des stages planifiés varie pour une même étudiante, ce qui fait en sorte que chaque étudiante est appelée à collaborer avec plusieurs membres de l'unité, et ce, sur différents quarts de travail (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Les horaires de stage sont conçus par un coordonnateur de l'université pour répondre aux besoins des étudiantes quant à leurs apprentissages, leurs situations personnelles spécifiques et leur cheminement universitaire ainsi que pour répondre aux besoins de l'unité (Lougheed et Galloway Ford). Par exemple, le coordonnateur de l'université peut intégrer un temps d'étude à l'horaire de stage des étudiantes, avant un examen et peut prévoir un horaire de stage principalement sur le quart de travail de jour afin de permettre à l'étudiante de garder ses enfants en soirée (Lougheed et Galloway Ford). De

plus, en tenant compte du cheminement universitaire des étudiantes, celles-ci pourraient avoir un horaire de stage représentatif d'un horaire typique de travail d'une infirmière, c'est-à-dire un horaire de stage qui varie d'une semaine à l'autre vers la fin du baccalauréat en sciences infirmières (Lougheed et Galloway Ford). Enfin, l'horaire de stage des étudiantes varie en fonction de la capacité de l'unité à pouvoir accueillir des étudiantes en stage. Le nombre d'étudiantes en sciences infirmières pouvant être accueillies sur l'unité dépend du nombre de lits de l'unité ainsi que de la présence d'étudiantes provenant d'autres professions (Lougheed et Galloway Ford). Ainsi, avant de concevoir les horaires de stages, le coordonnateur de l'université rencontre le coordonnateur de l'unité afin de connaître le nombre d'étudiantes qui pourront être reçues sur l'unité (Lougheed et Galloway Ford). Toujours selon ces mêmes auteures, en Colombie-Britannique, les UCA ont régulièrement entre six à huit étudiantes sur une même unité et l'horaire de stage de ces étudiantes est distinct. Toutefois, en fonction de la capacité de l'unité, il est possible que deux étudiantes se retrouvent au même moment sur l'unité pour réaliser leurs journées de stage (Lougheed et Galloway Ford).

Autonomie des étudiantes dans l'attribution des patients. Au sein d'une UCA, les étudiantes sont responsables de leurs propres apprentissages (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009; Lougheed et Galloway Ford, 2005). Avant le début du stage, en collaboration avec les professeurs de l'université, les étudiantes complètent un plan d'apprentissage personnalisé dans lequel celles-ci indiquent leurs besoins d'apprentissages. À titre d'exemple, une étudiante peut viser à mieux comprendre le suivi d'un patient ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique ou un diabète ou avoir la possibilité d'installer un tube naso-gastrique (Lougheed et Galloway Ford). En stage, ce plan permet aux étudiantes de sélectionner leurs apprentissages (Lougheed et Galloway Ford). D'ailleurs, ce plan est fréquemment révisé avec le facilitateur de l'université afin de répondre aux besoins d'apprentissages de chaque étudiante (Lougheed et Galloway Ford). Ainsi, à chaque journée de stage, à l'aide de ce plan d'apprentissage personnalisé, les étudiantes, avec l'approbation du personnel de l'unité, sélectionnent les patients avec qui elles seront appelées à travailler, et par le fait même, lors de cette journée de stage, l'étudiante collaborera davantage avec l'infirmière responsable du patient choisi (Callaghan et al.; Lougheed et Galloway Ford). Au début du stage, le facilitateur de l'université facilite le processus de sélection des patients en attribuant

les patients aux étudiantes, et ce, jusqu'à ce que l'étudiante soit en mesure de prendre elle-même des décisions éclairées quant à la sélection des patients (Lougheed et Galloway Ford).

Appui d'un groupe de soutien. Afin d'assurer la préparation de l'unité et la documentation du suivi de l'implantation, il est suggéré qu'un groupe de soutien soit créé (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Celui-ci est formé d'une infirmière clinicienne et de la gestionnaire provenant de l'unité où l'UCA sera mise en place, d'une étudiante qui sera appelée à expérimenter l'UCA, d'un superviseur en soins infirmiers, d'un membre de l'université, d'un coordonnateur pédagogique, d'un représentant de la pratique professionnelle, d'un responsable de l'évaluation ainsi que d'un coordonnateur et d'un président du groupe de soutien (Lougheed et Galloway Ford). Ce groupe devrait se réunir avant l'implantation de l'UCA et environ à deux reprises durant un stage d'une durée variant entre 12 et 18 semaines (Lougheed et Galloway Ford). De plus, les membres du groupe devraient avoir un accès à un forum de discussion qui pourrait leur permettre de discuter de ce qui fonctionne bien dans une UCA et de ce qui devrait être modifié, et ce, dans le but de continuellement améliorer le modèle de l'UCA (Lougheed et Galloway Ford).

Préparation des acteurs clés pour l'UCA. Ces éléments clés impliquent la préparation des acteurs clés de l'UCA. Cette préparation est inspirée de celle de l'UDE. Le tableau IV ci-après décrit de façon chronologique les différentes étapes de la préparation des acteurs clés pour l'UCA. Il est à noter que la préparation à l'UCA des membres du personnel de l'unité se déroule sur les heures de travail de ceux-ci (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Un financement est donc prévu par le centre hospitalier afin de permettre le remplacement des membres du personnel de l'unité lorsque ceux-ci seront appelés à assister aux ateliers ou aux séances d'informations sur l'UCA (Lougheed et Galloway Ford). De plus, toutes ces préparations ont lieu avant l'implantation d'une UCA à l'exception des courtes séances d'informations pour les professionnels de la santé et les intervenants de l'unité qui ont lieu, quant à elles, à différents moments de la journée lors de la première semaine de stage (Lougheed et Galloway Ford). Les ateliers et les séances d'informations sont offerts par un coordonnateur engagé dans l'implantation d'une UCA ou par le facilitateur de l'université (Lougheed et Galloway Ford).

Tableau IV

Préparation des acteurs clés pour l'UCA

Acteurs	Types de préparation	Buts de la préparation
Équipe de professeurs et facilitateur de l'université	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atelier d'initiation d'une durée non spécifiée ▪ Orientation sur l'unité du facilitateur avant le début du stage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre la supervision de l'UCA ▪ Élaborer des stratégies d'enseignement et d'apprentissage
Personnel infirmier de l'unité (incluant l'infirmière gestionnaire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quatre ateliers d'initiation (une heure pour chaque atelier) ▪ Au besoin, une fois l'implantation de l'UCA, des ateliers additionnels ont lieu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre la philosophie de l'UCA ▪ Connaître les particularités de l'UCA ▪ Identifier des stratégies pour favoriser l'apprentissage ▪ Déterminer, au besoin, les particularités dans le fonctionnement de l'UCA selon l'unité sélectionnée ▪ Planifier une démarche visant à informer les autres membres de l'unité des particularités de l'UCA
Étudiantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atelier d'introduction à l'UCA d'une durée non spécifiée ▪ Orientation des étudiantes sur l'unité, lors de la première semaine de stage 	<p><u>Atelier :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les attentes du cours ▪ Comprendre le modèle de l'UCA <p><u>Orientation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permettre aux étudiantes de se familiariser avec les occasions d'apprentissage ▪ Faciliter les activités d'apprentissage
Autres professionnels de la santé et intervenants de l'unité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courtes séances d'information de 20 minutes ▪ Fiches d'informations sur l'unité dès l'implantation de l'UCA 	<p><u>Courtes séances d'information :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les éléments clés de l'UCA <p><u>Fiches d'information :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter une brève description de l'UCA, les raisons de sa mise en place, son fonctionnement, les rôles et responsabilités des acteurs clés, les objectifs généraux et les personnes à contacter pour plus d'informations

© Martel et Larue (2017). Inspiré de Lougheed et Galloway Ford (2005).

Études évaluatives de l'UCA

À ce jour, des recherches portant sur la perception des personnes engagées permettent d'évaluer certaines composantes du modèle de l'UCA (Lougheed et Galloway Ford, 2005; McCullough et Sawchenko, 2007). Les avantages et les limites de l'UCA seront présentés. Il

est à noter que certaines données d'évaluation non publiées de Gamroth, 2003; Little, 2004; Little, 2005 cités dans Callaghan et al., 2009 auraient pu modifier les résultats qui seront présentés.

Avantages de l'UCA. Cette section traite des avantages de l'UCA ayant été repérés dans les écrits scientifiques. Trois études canadiennes, dont deux à devis qualitatif et une revue de littérature ont été recensées. Les études présentent un thème et des sous-thèmes récurrents. Il est possible de retrouver ce thème et ces sous-thèmes dans les résultats de l'étude de Callaghan et al. (2009). Ainsi, les avantages de l'UCA seront présentés selon le thème récurrent qui est de travailler avec plusieurs personnes et les sous-thèmes suivants: apprendre des pratiques différentes, travailler avec l'équipe et travailler indépendamment (Callaghan et al.).

Premièrement, l'apprentissage de pratiques différentes a fait l'objet de plusieurs témoignages dans les études recensées. Une étude qualitative, réalisée par Callaghan et al. (2009), en Colombie-Britannique, portait sur la perception de 22 étudiantes diplômées ayant vécu le modèle de l'UCA et du préceptorat pendant la troisième et la quatrième année de leur programme de sciences infirmières. Cette étude présente les résultats d'un questionnaire auquel les participantes ont répondu un an après avoir obtenu leur diplôme. En ce qui a trait à l'apprentissage de pratiques différentes, les participantes ont souligné que l'UCA leur a permis de travailler avec plusieurs infirmières et, par le fait même, de découvrir différentes approches de travail (Callaghan et al.). Les données de cette étude soutiennent que le fait de travailler avec plusieurs infirmières permet aux étudiantes de façonner et d'améliorer leur propre pratique professionnelle. En effet, les participantes de cette étude ont énoncé que dans l'UCA, elles ont eu la chance de réfléchir sur la pratique des infirmières de l'unité, ce qui a permis aux participantes de l'étude, d'intégrer à leur propre pratique infirmière des éléments qu'elles ont apprécié de la pratique des infirmières avec qui elles ont été appelées à travailler. Dans le même ordre d'idées, les participantes de l'étude de McCullough et Sawchenko (2007) ont indiqué que l'apprentissage de pratiques différentes permet aux étudiantes de développer leur identité professionnelle. Une étudiante a affirmé que l'apprentissage de pratiques différentes permet aux étudiantes d'être en mesure de créer leur pratique en se basant sur ce qu'elles voient et privilégient de différents styles de pratiques des infirmières (McCullough et

Sawchenko). De plus, le fait que les étudiantes soient appelées à travailler avec différentes infirmières a pour avantage de réduire les exigences sur les personnes qui sont habituellement appelées à jouer le rôle de préceptrice dans le modèle du préceptorat (McCullough et Sawchenko). Les résultats des données de ce rapport, dont l'un des buts était d'augmenter le nombre d'UCA en Colombie-Britannique, ont été recueillis à l'aide d'entrevues individuelles, de groupes de discussions ainsi que de questionnaires (McCullough et Sawchenko). Les questionnaires visant à évaluer l'UCA ont été transmis aux personnes engagées dans une UCA, soient : les étudiantes (n=17, taux de participation de 41 %) et les membres du personnel de l'université (n=3, taux de participation de 66 %) (McCullough et Sawchenko). Les auteurs de ce rapport expliquent que l'absence de la participation des membres du personnel des unités est due au fait que ceux-ci ont préféré participer à une entrevue de groupe ou individuelle. En effet, pour ce projet, il y a eu quatre entrevues de groupe regroupant trois infirmières des unités, huit étudiantes et trois gestionnaires. Quant aux entrevues individuelles, sept personnes ont participé, soient deux infirmières des unités, deux étudiantes et trois professeurs de l'université. Enfin, la revue de littérature de Budgen et Gamroth (2008) indique que l'apprentissage de différentes pratiques permet de consolider la totalité des apprentissages des étudiantes, et permet aux infirmières de se partager la responsabilité des étudiantes.

Deuxièmement, le travail d'équipe est un avantage récurrent dans les études recensées. L'UCA offre en effet un environnement d'apprentissage où l'expertise des membres de l'unité, de l'université ainsi que des étudiantes sont considérées (McCullough et Sawchenko, 2007). Dans l'étude qualitative de Callaghan et al., (2009), les participantes ont noté que, dans l'UCA, elles ont eu la chance de collaborer quotidiennement avec d'autres professionnels de la santé, ce qui permit aux participantes de réaliser l'importance du travail d'équipe dans les soins complexes prodigués aux patients. D'ailleurs, les participantes de l'étude de McCullough et Sawchenko ayant répondu aux questionnaires ont convenu que le modèle de l'UCA favorise la résolution de problèmes multidisciplinaire. Aussi, dans l'étude de Callaghan et al., une participante a signalé que le travail d'équipe lui a permis de développer les compétences suivantes : la communication, le leadership et la collaboration professionnelle. En effet, dans l'étude de McCullough et Sawchenko, une gestionnaire a indiqué que les étudiantes de l'UCA avaient des habiletés de communication qui leur permettaient dans

l'UCA de s'adapter aux différentes personnes avec lesquelles elles étaient appelées à collaborer. Cette même gestionnaire a également mentionné que le travail d'équipe permet aux étudiantes d'être en mesure de prioriser et déléguer au besoin. Un autre avantage est que les étudiantes doivent continuellement développer de nouvelles relations dans une UCA, ce qui correspond à la réalité des environnements de travail (McCullough et Sawchenko). De plus, le travail d'équipe a eu un impact sur la socialisation professionnelle des étudiantes face à leur futur rôle d'infirmières (Callaghan et al.). Ensuite, il est possible de noter que les membres de la faculté participent aussi au travail d'équipe grâce à la formation et à la suggestion des meilleures pratiques basées sur des données probantes (McCullough et Sawchenko). D'ailleurs, les études recensées indiquent que les membres de la faculté ainsi que les étudiantes font partie des membres de l'équipe de soins dans une UCA (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al.; McCullough et Sawchenko).

Troisièmement, un autre avantage récurrent dans les études recensées est le travail indépendant. Les infirmières ayant participé à l'UCA lorsqu'elles étaient étudiantes ont énoncé que ce modèle leur a permis, en fonction de ce qu'elles étaient capables de faire, d'effectuer une pratique autonome, contribuant ainsi à l'augmentation de leur confiance, et par la suite, à une meilleure préparation des étudiantes pour leur future pratique (Callaghan et al., 2009). Les participantes de l'étude de McCullough et Sawchenko, (2007), ayant répondu au questionnaire, étaient fortement d'accord avec le fait que l'UCA a permis aux étudiantes d'être plus confiantes en ce qui a trait à leurs compétences et à leur préparation en vue de leur futur travail. Ceci est corroboré par l'étude de Callaghan et al. En lien avec les compétences des étudiantes, la pratique autonome oblige celles-ci à utiliser leur pensée critique et à s'intégrer dans l'équipe de soins en établissant de façon autonome des relations avec les membres du personnel de l'unité (Callaghan et al.). De plus, les études recensées ont rapporté que l'UCA permet aux étudiantes d'être responsables de leur apprentissage (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., McCullough et Sawchenko). En effet, les infirmières de l'étude de McCullough et Sawchenko ont mentionné que l'un des avantages de l'UCA était d'ailleurs le fait que les étudiantes aient la chance de collaborer avec les patients qui leur offriraient les meilleures expériences d'apprentissages.

En résumé, les principaux avantages de l'UCA soulevés dans les différentes études recensées (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009, McCullough et Sawchenko, 2007) sont : la facilitation d'un environnement d'apprentissage de qualité; l'augmentation de la responsabilité des étudiantes quant à leurs apprentissages; l'augmentation du nombre de précepteurs; l'encouragement à la résolution de problème en interdisciplinarité; l'encouragement d'une collaboration entre le personnel de l'unité, les professeurs et les étudiantes; l'occasion pour des étudiantes de découvrir, tout en maintenant les principes scientifiques sous-jacents à la profession infirmière, différentes méthodes de travail; l'aide au développement des habiletés en communication; la facilitation des étudiantes d'être en mesure de prioriser, déléguer au besoin et d'apprendre à s'adapter aux différentes conditions de travail et, finalement, l'intégration des étudiantes ainsi que du facilitateur de l'université à l'équipe de soins.

Limites de l'UCA. Cette section rend compte des limites de l'UCA répertoriées dans les études évaluatives concernant ce modèle. Les études présentent des thèmes récurrents quant aux limites de ce modèle, soient : la rétroaction et le fait de travailler avec plusieurs personnes.

Tout d'abord, la rétroaction semble être une limite récurrente des études recensées. Dans la revue de littérature de Budgen et Gamroth (2008), la difficulté pour les étudiantes et le membre de l'université d'obtenir des commentaires de la part des infirmières concernant les progrès des étudiantes ainsi que l'inquiétude que la continuité des progrès des étudiantes soit affectée en l'absence d'une relation de préceptorat font partie des limites de l'UCA. En effet, dans l'étude de McCullough et Sawchenko (2007), les étudiantes ont indiqué qu'elles avaient reçu une rétroaction limitée et qu'elles étaient trop laissées à elle-même.

Ensuite, certaines limites en lien avec le fait de travailler avec plusieurs personnes ont été soulevées au sein des écrits recensés. Parmi celles-ci se trouve l'ambiguïté des infirmières concernant leurs rôles étant donné qu'elles sont plusieurs à accompagner les étudiantes en stage (Budgen et Gamroth, 2008). Aussi, les participantes de l'étude de McCullough et Sawchenko (2007) ont énoncé que le fait de travailler régulièrement avec différentes personnes ne facilite pas toujours les étudiantes et les membres du personnel à établir des relations de confiance, pouvant mener à des effets négatifs. D'un côté, lorsqu'il y a un manque

de confiance des membres du personnel envers les étudiantes, ceux-ci ont tendance à surveiller tout ce que les étudiantes font (McCullough et Sawchenko). D'un autre côté, les étudiantes peuvent éviter de demander de l'aide ou de poser des questions si elles n'ont pas confiance envers les membres du personnel de l'unité (McCullough et Sawchenko).

En somme, les principales limites de l'UCA soulevées dans la littérature (Budgen et Gamroth, 2008; McCullough et Sawchenko, 2007) résident au fait qu'il est difficile de construire des relations de confiance, d'obtenir de la rétroaction et de bien connaître le rôle de chaque infirmière.

Recommandations pour la mise en œuvre d'une UCA

Malgré les limites du modèle, plusieurs commentaires positifs ont été obtenus quant à l'UCA et les auteures recommandent son maintien afin d'améliorer la formation pratique (McCullough et Sawchenko, 2007). Ces mêmes auteures émettent quelques suggestions quant à la mise en œuvre de ce type d'unité. Tout d'abord, elles suggèrent que les stages dans une UCA soient d'un minimum de 216 heures et préférablement de 300 heures étant donné que, dans ce modèle, l'autonomie des étudiantes est recherchée. Toutefois, le développement d'une relation de confiance et des compétences, qui permettront aux étudiantes d'atteindre cette autonomie, nécessitent du temps (McCullough et Sawchenko). Ainsi, la capacité d'une UCA à jouer son rôle dépend, principalement, de la durée du stage et du soutien des membres de l'université plutôt que de l'année du cheminement universitaire durant laquelle le stage a lieu (McCullough et Sawchenko). De plus, selon ces mêmes auteures, les unités qui sont des UCA ne devraient pas accueillir plus de six à sept étudiantes simultanément. L'horaire des étudiantes devrait être établi par l'université en collaboration avec la gestionnaire de l'unité et un maximum, de deux étudiantes devrait se retrouver sur l'unité au même moment afin de maximiser les occasions d'apprentissages de chacune (McCullough et Sawchenko). De plus, les étudiantes qui participent à une UCA devraient être recommandées par les professeurs (McCullough et Sawchenko). En outre, la mise en œuvre d'une UCA devrait avoir lieu au sein d'unités où les équipes comptent plusieurs infirmières expérimentées (McCullough et Sawchenko). Aussi, les participants de l'étude de McCullough et Sawchenko ont mentionné que lors des premières journées de stage, afin de contrer les effets négatifs concernant l'établissement de relation de confiance, il serait souhaitable d'assigner l'étudiante à la même

équipe afin qu'elle puisse s'adapter au personnel ainsi qu'à la culture et la routine de l'unité. En outre, selon les participantes de l'étude de McCullough et Sawchenko, les séances d'orientations sont importantes et devraient miser sur la responsabilité des étudiantes quant à leurs apprentissages et le suivi à donner aux membres du personnel de l'unité, le développement d'une relation de confiance, les raisons du changement de modèle, l'évaluation prévue des apprentissages, la façon de donner une rétroaction constructive et de négocier l'attribution des patients ainsi que le professionnalisme. Pour conclure, au Québec, ces recommandations quant à la mise en œuvre d'une UCA pourraient être prises en considération lorsque ce type d'unité sera mis en place.

Modèle de l'unité collaborative d'apprentissage interprofessionnel (UCAI)

Lorsqu'un accent supplémentaire sur la formation interprofessionnelle est ajouté à l'UCA, ces unités deviennent des UCAI (McCullough et Sawchenko, 2007). L'UCAI est présentée dans un rapport dont l'un des buts était d'améliorer l'UCA en devenant une UCAI (McCullough et Sawchenko). Selon Little (2007), l'UCAI sera d'abord décrite. Ensuite, il sera question des rapports évaluatifs de l'UCAI ainsi que des défis et des actions futures pour l'UCAI.

Description de l'UCAI

Ce type d'unité, mis en place en 2007 en Colombie-Britannique, permet à une équipe d'étudiantes de plusieurs professions dans le domaine de la santé d'avoir la chance de faire leur stage dans un environnement favorable pour les apprentissages (Little, 2007). Dans le projet pilote visant à mettre en place une UCAI, deux étudiantes en sciences infirmières étaient tout d'abord en stage sur l'unité, ce qui a permis au personnel de l'unité de s'adapter à l'UCA (Little). Ensuite, afin de créer une UCAI, des étudiantes provenant de différentes professions sont également venues effectuer leur stage sur la même unité que les étudiantes en sciences infirmières (Little). Il y avait deux étudiantes en médecine, une en orthophonie et une en physiothérapie (Little). Dans l'UCAI, les étudiantes ont la chance d'avoir un horaire de stage qui leur permet de collaborer avec des étudiantes de plusieurs professions (Little). Elles travaillent ensemble pour répondre aux besoins des patients, mais chaque étudiante travaille aussi de façon indépendante (Little). De même, toujours selon Little, toutes les étudiantes sont

responsables de leurs apprentissages. Dans l'UCAI, les étudiantes ont été appelées à diagnostiquer un patient et à créer un plan de soins interdisciplinaire pour celui-ci en fonction de ses besoins (Little).

Rapports évaluatifs de l'UCAI

À ce jour, deux rapports évaluatifs de l'UCAI ont été repérés dans les bases de données. Ces rapports permettent d'évaluer certaines composantes de l'UCAI. Les avantages et les limites de l'UCAI seront ainsi présentés selon ces rapports (Little, 2007; McCullough et Sawchenko, 2007).

Avantages de l'UCAI. Dans un rapport réalisé en Colombie-Britannique, plusieurs citations de personnes engagées dans une UCAI (n= inconnu), soient les étudiantes, les professeurs et le personnel de l'unité, ont été recueillies grâce à des entrevues individuelles et de groupe (McCullough et Sawchenko, 2007). De plus, selon ces mêmes auteurs, des questionnaires ont été envoyés à ces personnes engagées dans l'UCAI. Tout d'abord, les étudiantes qui ont participé à l'étude de McCullough et Sawchenko ont souligné les avantages suivants quant au modèle de l'UCAI : l'activité interdisciplinaire qui consistait à établir un plan de soins pour un patient a permis à toutes les étudiantes de partager leur expertise, d'avoir une compréhension holistique du patient et de développer un plan de soins pertinent et créatif; les apprentissages réalisés au sein de ce modèle ont excédé ceux réalisés dans un stage traditionnel; l'autonomie que les étudiantes détenaient dans l'UCAI et la possibilité qu'elles avaient d'apprendre de plusieurs intervenants et de plusieurs patients; le développement de chaque étudiante en tant que professionnels de la santé et l'UCAI a permis aux étudiantes de mieux comprendre le rôle de chacune des autres étudiantes de différentes professions ainsi que la façon dont chaque professionnel de la santé peut travailler ensemble (McCullough et Sawchenko). Pour sa part, un médecin-précepteur de l'UCAI a dit ceci :

Je suis entièrement d'accord avec ce modèle et je crois qu'il va devenir le modèle d'éducation pour les professionnels de soins de santé à l'avenir, car il est collaboratif. La collaboration de l'équipe de soins sera nécessaire pour optimiser les soins aux patients dans le contexte de ressources limitées [Traduction libre] (McCullough, Sawchenko, 2007, p. 5).

Ensuite, un autre rapport, réalisé en Colombie-Britannique, visait à décrire le processus et les résultats de la mise en œuvre d'une UCAI dans un hôpital régional de la Colombie-Britannique (Little, 2007). Dans ce rapport, il est question des commentaires des membres du personnel de l'unité et des étudiantes (n=inconnu) en ce qui a trait au modèle de l'UCAI. Ces commentaires ont indiqué que l'expérience éducative des personnes engagées dans l'UCAI a été réussie. Certains de ces commentaires sont donc présentés selon Little. Tout d'abord, les membres du personnel de l'unité ont mentionné apprécier la motivation et l'enthousiasme des étudiantes dans ce modèle. Aussi, plusieurs membres du personnel de l'unité ont trouvé intéressant de voir les étudiantes de différentes professions travailler ensemble. Également, dans l'UCAI, la curiosité des étudiantes et leur appréciation des connaissances et des compétences des étudiantes provenant d'autres professions ont été remarquées par plusieurs personnes engagées dans l'UCAI. Pour leurs parts, les étudiantes en sciences infirmières ayant participé à ce modèle ont mentionné qu'elles ont développé la compétence du leadership ainsi que celle de la collaboration grâce à l'UCAI, laquelle met l'accent sur la pratique interprofessionnelle. Aussi, les étudiants ont signalé que, grâce à leurs discussions avec d'autres étudiants et professionnels de la santé de différentes professions, l'UCAI leur a permis de grandir en tant que professionnels de la santé. Pour finir, une étudiante en physiothérapie a indiqué que l'UCAI lui a permis de prendre conscience de l'importance de la communication entre les différents professionnels de la santé.

En résumé, les principaux avantages soulevés dans ces écrits évaluatifs (Little, 2007; McCullough et Sawchenko, 2007) résident au fait que l'UCAI : augmente la responsabilité des étudiantes dans leurs apprentissages, encourage le coapprentissage, renforce la collaboration entre les différents acteurs engagés, favorise le développement professionnel des étudiantes et permet aux étudiantes d'avoir une meilleure compréhension de chaque profession.

Limites de l'UCAI. Les entrevues de groupe réalisées dans le cadre du projet de McCullough et Sawchenko (2007) ont permis de faire ressortir un thème principal en lien avec l'UCAI : le concept disciplinaire peut être un obstacle à la collaboration interprofessionnelle (McCullough et Sawchenko). Concernant ce thème, une étudiante a spécifié au sein d'un groupe de discussion que, parfois, les étudiantes d'une profession peuvent penser que les

étudiantes des autres professions ont la même connaissance qu'elles, bien que ce ne soit pas nécessairement le cas (McCullough et Sawchenko). Ainsi, selon ces mêmes auteures, les étudiantes ne devraient pas tenir pour acquis que ce qu'elles disent est compris de tous.

Ensuite, McCullough et Sawchenko (2007) mentionnent que, dans le cadre de ce projet, des questionnaires ont été envoyés aux personnes engagées dans l'UCAI. L'évaluation finale de ce rapport a révélé que les participants ont émis des réponses divergentes pour ce qui est du fait que l'UCAI diminue la charge de travail individuelle du personnel de l'unité en lien avec l'accompagnement des étudiantes. Ensuite, l'un des participants était indécis alors que tous les autres étaient d'accord ou fortement d'accord avec le fait que l'UCAI a permis à toutes les personnes engagées dans l'UCAI de comprendre leurs rôles et leurs responsabilités (McCullough et Sawchenko). Dans leur rapport, les auteures ne donnent toutefois pas de précisions sur ces réponses divergentes. Finalement, dans le rapport de Little (2007) certains membres du personnel de l'unité ont verbalisé une crainte quant à ce modèle, soit que les étudiantes manquent d'heures de pratique spécifique à leur discipline durant ce stage valorisant l'interdisciplinarité.

En somme, les principales limites qui émergent des écrits évaluatifs (Little, 2007; McCullough et Sawchenko, 2007) constituent le fait que le concept disciplinaire utilisé par chaque étudiante de différentes professions peut nuire à la compréhension de chacun, que l'UCAI ne diminue pas la charge de travail du personnel de l'unité et que les étudiantes peuvent manquer d'heures de pratique spécifique à leur discipline.

Défis et actions futures de l'UCAI

Ce modèle novateur comprend certains défis qui seront présentés selon McCullough et Sawchenko (2007). Premièrement, les écarts entre les objectifs du programme universitaire en soins infirmiers et les objectifs de l'UCAI devraient être abordés afin d'être minimisés. Toutefois, les auteures ne donnent pas de précision sur ces écarts. Deuxièmement, un autre défi pour le modèle de l'UCAI est de trouver un moment commun à toutes les étudiantes pour effectuer un stage au sein d'une UCAI. De plus, l'horaire de stage des étudiantes devrait concorder afin de permettre le travail d'équipe entre celles-ci sur une période de temps suffisamment longue. Troisièmement, libérer le personnel de l'unité pour assister aux séances

d'orientation peut s'avérer un défi. Quatrièmement, un autre défi de ce modèle est de s'assurer que toutes les étudiantes participent équitablement en fournissant des efforts lors des travaux d'équipes. D'ailleurs, les apprentissages attendus pour chaque étudiante devraient être clarifiés dans l'UCAI. Quant aux enseignants, aucun défi n'a été trouvé dans la littérature recensée.

En ce qui a trait aux actions futures au sujet de l'UCA et l'UCAI, McCullough et Sawchenko (2007) mentionnent que les résultats du projet, visant à augmenter le nombre d'UCA et à l'améliorer pour en faire une UCAI, seront publiés et présentés aux dirigeants en matière de santé et de l'éducation ainsi qu'aux ministères provinciaux de la Colombie-Britannique. Aussi, la diffusion des connaissances acquises quant à ces types d'unités pourrait être effectuée lors d'une conférence (McCullough et Sawchenko). Aucun écrit n'a toutefois été trouvé à ce sujet. De plus, il y aura une augmentation du nombre d'UCA et d'UCAI et ces types d'unités seront soutenues et encouragées (McCullough et Sawchenko). Aussi, selon ces mêmes auteurs, une boîte à outils sera créée afin d'aider d'autres intervenants à mettre en place ces modèles. Actuellement, cette boîte à outils n'est toutefois pas disponible.

En somme, les recensions des écrits sur l'UDE et ses dérivés soient : l'UCA et l'UCAI présentent des éléments clés similaires qui répondent à certaines des difficultés qui émergent des modèles actuels au Québec. Ainsi, ces modèles méritent que nous leur accordions une attention particulière.

Cadre de référence

Le cadre de référence qui a guidé l'étudiante-chercheuse dans cette étude comprend: la théorie de niveau intermédiaire en sciences infirmières, nommée « *A Midrange Theory of Empowered Holistic Nursing Education : A Pedagogy for a Student-Centered Classroom* », proposée par Love (2014) et l'écrit présenté par NICE (2007), soit « *How to change practice* ».

Théorie de niveau intermédiaire en sciences infirmières

Love (2014) a développé une théorie de niveau intermédiaire qui vise à proposer une éducation holistique des soins infirmiers. Cette théorie a été développée par le biais de l'utilisation de l'explication inductive, la déduction et la rétroduction. La théorie de Love est

basée sur le fait que les étudiantes sont des êtres uniques, corps-âme-esprit, qui devraient avoir l'occasion d'expérimenter un environnement d'apprentissage holistique dans lequel elles sont responsables de leurs apprentissages. Ainsi, cette théorie est cohérente avec les paradigmes qui sous-tendent le concept de l'UCA, soient le paradigme de la transformation dans le domaine des sciences infirmières et le paradigme de l'apprentissage dans le domaine de l'éducation (Pepin et al., 2010; Tardif et Presseau, 1998). Ces deux paradigmes sont décrits et nommés différemment selon la discipline. Toutefois, ceux-ci ont une grande proximité et ils présentent des caractéristiques similaires. Le tableau V ci-dessous présente des exemples de relations entre la théorie de Love, l'UCA et les paradigmes.

Tableau V

Exemples de relations entre la théorie de Love (2014), l'UCA et les paradigmes

Théorie de Love (2014)	UCA	Paradigme de la transformation	Paradigme de l'apprentissage
Individualité des étudiantes et des professeurs	Chaque infirmière et chaque étudiante sont uniques	Caractère unique de chacun (patient unique)	Chaque étudiante est unique
Autonomie des étudiantes dans les apprentissages	L'indépendance de l'étudiante dans la gestion et la sélection de ses besoins d'apprentissages	L'infirmière accompagne le patient dans son expérience de santé en respectant son rythme et cheminement	L'autonomie et l'initiative des étudiantes sont encouragées
Apprentissages centrés sur les étudiantes	L'étudiante est responsable de ses propres besoins d'apprentissage	Accent mis sur l'expérience de santé du patient	L'étudiante est au centre des apprentissages

© Martel et Larue (2017). Synthèse réalisée à partir des écrits de Callaghan et al. (2009); Loughheed et Galloway Ford (2005); Love (2014); Pepin et al. (2010); Tardif et Presseau (1998).

La théorie de Love (2014) a donné naissance à cinq principes de base, qui indiquent comment utiliser cette théorie en guise de pédagogie pour la pratique, soient: 1) les connaissances antérieures, 2) l'influence du contexte de l'enseignement-apprentissage, 3) l'interdépendance, 4) le fait de prendre soin de soi et 5) le fait de rencontrer les étudiantes là où elles se trouvent. Le tableau VI présente des exemples de mise en relation entre ces principes de la théorie de Love (2014), l'UCA et les paradigmes

Tableau VI

Mise en relation entre les principes de la théorie de Love (2014), l'UCA et les paradigmes

Principes de la théorie	UCA	Paradigmes
<u>Connaissances antérieures</u> : Toutes les expériences pouvant influencer la façon dont l'étudiante peut acquérir de nouvelles connaissances	<u>Reconnaissance des connaissances antérieures</u> : Aide les étudiantes à déterminer leurs besoins d'apprentissages	<u>Paradigme de l'apprentissage</u> : La construction de nouvelles connaissances se fait à partir de connaissances antérieures
<u>Contexte d'enseignement-apprentissage</u> : L'environnement interne et externe dans lequel les personnes apprennent (exemple : valeurs, état émotionnel, préparation aux apprentissages, besoins d'apprentissage, disponibilité des ressources, et, etc.)	<u>Préparation pour les apprentissages</u> : Les personnes engagées dans une UCA bénéficient d'une préparation pour ce modèle <u>Ressource</u> : Un facilitateur de l'université visite l'UCA afin de répondre aux questions et aux préoccupations des étudiantes et du personnel de l'unité	<u>Paradigme de la transformation</u> : L'environnement englobe tout l'univers dans lequel une personne se trouve
<u>L'interdépendance</u> : La création d'une communauté d'apprentissage soit : un environnement où les étudiantes apprennent les uns des autres malgré leurs différences de valeurs	<u>Apprentissage par les pairs</u> : Entre les étudiantes <u>Personnes engagées dans l'UCA</u> : Travaille ensemble afin de créer un environnement d'apprentissage positif	<u>Paradigme de la transformation</u> : Coconstruction avec les autres professionnels de la santé <u>Paradigme de l'apprentissage</u> : Attitude d'entraide entre les étudiantes / apprentissage par la discussion
<u>Prendre soin de soi</u> : Le bien-être des étudiantes aide à vaincre le doute de soi, la résistance au changement et la pauvre estime de soi	<u>Changements liés à l'UCA</u> : Il est souhaitable que les personnes concernées par ce changement éprouvent un bien-être afin de limiter la résistance au changement	<u>Paradigme de la transformation</u> : La pratique infirmière vise le bien-être des personnes (la définition du bien-être peut varier d'une personne à une autre)
<u>Rencontrer les étudiantes à l'endroit où elles sont</u> : L'endroit où le professeur est au côté des étudiantes et peut apprendre de celles-ci	<u>Buts de l'UCA</u> : Créer un environnement favorable à l'apprentissage pour tous et valoriser le coapprentissage	<u>Paradigme de la transformation</u> : L'intention de l'infirmière d'«être avec» la personne

© Martel et Larue (2017). Synthèse réalisée à partir des écrits de Budgen et Gamroth (2008); Callaghan et al. (2009); Loughheed et Galloway Ford Ford (2005); Love (2014); Pepin et al. (2010); Tardif et Presseau (1998).

En somme, cette théorie de niveau intermédiaire (Love, 2014) est cohérente avec les assises disciplinaires de la discipline infirmière et avec l'approche d'apprentissage de l'éducation qui sous-tendent le concept de l'UCA. Ainsi, cette théorie a guidé l'étudiante-chercheuse à différentes étapes du projet de recherche. Tout d'abord, cette théorie de niveau intermédiaire a été utilisée en tant que la perspective disciplinaire et a permis d'orienter la vision du phénomène de l'UCA de l'étudiante-chercheuse. À cet effet, cette théorie a influencé la façon dont l'étudiante-chercheuse a présenté l'UCA au personnel du milieu clinique et universitaire. Cette théorie a également influencé la collecte des données en teintant la façon dont l'étudiante-chercheuse a posé les questions et la façon dont elle a mené les entrevues individuelles et de groupe.

Changement de pratique dans le domaine de la santé

De façon plus opérationnelle, le guide, *How to change practice*, proposé en 2007 par NICE, a été utilisé pour la collecte et l'analyse des données de cette étude. Afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, NICE propose dans ce guide des recommandations pratiques sur la façon d'encourager les professionnels et les gestionnaires du domaine de la santé à procéder à des changements de pratique qui sont conformes avec les données probantes récentes. Ce guide comprend trois sections : 1) la description des obstacles qui peuvent être rencontrés au cours d'un changement de pratique dans le domaine des soins de santé, 2) les suggestions pratiques qui permettront d'identifier les obstacles au changement au sein d'une organisation de santé, et finalement, 3) la présentation des méthodes à utiliser pour aider à vaincre ces obstacles au changement (NICE). Les différentes sections de ce guide seront donc abordées selon NICE.

Pour ce qui est de la première section du guide, soit la description des obstacles qui peuvent être rencontrés au cours d'un changement de pratique dans le domaine des soins de santé, NICE (2007) énonce qu'il est important d'avoir une bonne compréhension de ces types d'obstacles au changement afin de développer des stratégies qui favoriseront le changement souhaité. NICE signale que les six catégories au sein desquelles il est possible de retrouver des obstacles au changement sont : 1) la sensibilisation et les connaissances, 2) la motivation, 3) l'acceptation et les croyances, 4) les compétences, 5) les pratiques et 6) l'environnement extérieur. Ces catégories seront présentées selon NICE. Premièrement, un obstacle au

changement peut être le manque de sensibilisation et de connaissances des professionnels de la santé en ce qui a trait à ce qui doit être modifié et aux raisons entourant ce changement. Il arrive même, à l'occasion que les professionnels de la santé ignorent les dernières recommandations pour la pratique. Deuxièmement, un autre obstacle au changement réside aussi à la faible motivation, celle-ci étant essentielle pour accomplir des changements de pratique. La motivation peut être influencée par des facteurs internes comme externes. Troisièmement, les attitudes des personnes face à un changement souhaité sont influencées par les croyances négatives de ces personnes concernant le changement. De plus, l'acceptation du changement visée, par les personnes engagées dans celui-ci, peut être influencée par la perception qu'ont ces personnes des avantages et des opinions des autres concernant le changement visé. Aussi, le changement désiré peut être difficilement accepté si celui-ci n'est pas cohérent avec les directives qui ont déjà été communiquées par un organisme professionnel. L'acceptation difficile et les croyances négatives quant au changement sont donc le troisième obstacle au changement. Quatrièmement, le manque de compétences figure parmi les obstacles au changement. Les personnes visées par le changement pourraient avoir besoin d'une formation dans le but de développer les compétences nécessaires concernant le changement envisagé. Les stratégies d'adaptation et les compétences interpersonnelles de chaque individu peuvent aussi influencer la capacité de chacun à développer de nouvelles compétences et certaines personnes pourraient avoir besoin de plus de temps ou de soutien pour développer les compétences visées. Cinquièmement, un des obstacles au changement est, dans le domaine clinique, les pratiques contraignantes, notamment le manque de ressource. Il peut s'agir de ressources matérielles et humaines ne permettant pas d'implanter le changement. Finalement, les contraintes de l'environnement extérieur, dans le domaine organisationnel, peuvent être un obstacle au changement. L'environnement extérieur, qui est considéré comme un obstacle sur lequel il n'est pas possible d'avoir le contrôle, inclut l'environnement financier et politique.

Ensuite, en ce qui concerne la troisième section du guide, soit la présentation des méthodes à utiliser pour aider à vaincre les obstacles concernant un changement de pratique, *NICE* (2007) indique qu'en fonction du contexte, des personnes concernées et des types d'obstacles au changement à surmonter, les méthodes à privilégier peuvent varier et l'utilisation d'une

combinaison de méthodes peut être indiquée dans certaines situations afin d'avoir une meilleure influence sur le changement souhaité. Ainsi, les sept catégories dans lesquelles il est possible de retrouver des méthodes à utiliser pour aider à surmonter les obstacles au changement, sont : 1) le matériel éducatif, 2) les rencontres éducatives, 3) les visites de sensibilisation pour l'éducation, 4) les leaders d'opinion, 5) les audits clinique et la rétroaction, 6) les systèmes de rappel et 7) les stratégies d'interventions avec les patients (*NICE*). Ces catégories seront présentées selon *NICE*. Premièrement, l'utilisation de matériel éducatif fait partie des méthodes qui peuvent être utilisées pour vaincre les obstacles au changement. Le matériel éducatif permet aux professionnels de la santé d'obtenir des informations concernant le changement souhaité, ce qui est conforme avec les données probantes. À titre d'exemple, le matériel éducatif peut se présenter sous forme de recommandations écrites, dépliants, vidéos et de programmes informatiques. Deuxièmement, les rencontres éducatives constituent une autre méthode pouvant être utilisée pour surmonter les obstacles au changement. Elles visent à sensibiliser les professionnels de santé en ce qui a trait au changement désiré et à leur permettre d'acquérir des apprentissages concernant celui-ci. Ces rencontres éducatives peuvent être présentées sous forme de conférences ou encore d'ateliers interactifs. Troisièmement, l'utilisation de visites de sensibilisation pour l'éducation figure parmi les méthodes qui sont proposées pour aider à vaincre les obstacles concernant un changement de pratique. Ces visites sont utilisées dans le but d'offrir de l'information, de l'enseignement et du soutien aux professionnels de la santé en ce qui concerne le changement de pratique. Quatrièmement, l'utilisation de leaders d'opinion est une méthode utilisée pour aider à vaincre les obstacles concernant un changement de pratique. Les leaders d'opinion sont des personnes considérées et respectées par les professionnels de la santé visés par le changement de pratique. Elles peuvent avoir une influence positive sur la motivation que des professionnels de la santé peuvent avoir concernant le changement désiré. Cinquièmement, une autre méthode pouvant être utilisée pour aider à surmonter les obstacles au changement est l'audit clinique et la rétroaction. Deux types d'audit clinique peuvent être utilisés, soit interne et externe. L'audit clinique interne est le fait d'aller récolter des données auprès des professionnels de la santé en ce qui a trait à leur pratique dans le but de par la suite, au besoin, engendrer des changements de pratique tandis que dans, l'audit clinique externe, la collecte de donnée est effectuée par des personnes venant de l'extérieur de l'organisation. À titre

d'exemple, les données récoltées peuvent être une rétroaction quant au sujet des soins, des coûts ainsi que des performances clinique et universitaire. Sixièmement, l'utilisation de système de rappel est une autre méthode qui peut être utilisée pour aider à surmonter les obstacles au changement. Cette méthode permet de rappeler aux professionnels de la santé certaines pratiques devant être mises en application. À titre d'exemple, les systèmes de rappel peuvent être des affiches dans les milieux de soins et des autocollants sur les notes des professionnels de la santé. Finalement, la dernière méthode pouvant aider à surmonter les obstacles au changement est l'utilisation de la stratégie d'interventions avec les patients. Cette stratégie vise à informer les patients et le grand public du changement souhaité afin d'aider les professionnels de la santé à changer leurs comportements concernant celui-ci.

En résumé, ces deux sections du guide ont guidé l'étudiante-chercheuse lors de différentes étapes de cette étude. Tout d'abord, les différentes catégories dans lesquelles il est possible de retrouver des obstacles au changement et des méthodes à utiliser pour aider à surmonter ceux-ci ont aidé l'étudiante-chercheuse à concevoir les questions clés du guide d'entrevue de cette étude (*NICE*, 2007). Ces différentes catégories ont donc fait l'objet de discussion lors des entrevues. Par conséquent, quelques questions spontanées portant sur ces catégories ont été posées aux participants durant les entrevues. Ensuite, les différentes catégories dans lesquelles il est possible de retrouver des obstacles au changement et des méthodes à utiliser pour aider à surmonter ceux-ci ont aidé l'étudiante-chercheuse dans l'analyse des données étant donné que plusieurs de ces catégories ont contribué à la conception de codes thématiques permettant de répondre à chacune des questions de recherche de cette étude (Miles et Huberman, 2003; *NICE*).

Quant à la deuxième section du guide, soit les suggestions pratiques permettant d'identifier les obstacles au changement au sein d'une organisation de santé, *NICE* (2007) propose les observations de la pratique clinique, les groupes de discussions, l'utilisation d'un questionnaire, les discussions avec des personnes clés et le remue-méninge. Plusieurs de ces propositions ont été utilisées, pour cette étude et celles-ci seront présentées dans le chapitre traitant de la méthode.

En somme, l'écrit sur les changements de pratique dans le domaine de la santé (*NICE, 2007*), a été pertinent pour cette étude. Cet écrit a guidé l'étudiante-chercheuse dans le choix des méthodes et des outils de collecte des données qui ont été utilisés pour cette étude, dans la création du guide d'entrevue ainsi que dans la collecte et l'analyse des données de cette étude. Le prochain chapitre présente la méthode utilisée pour réaliser cette recherche.

Chapitre III : Méthode

Ce chapitre traitera des différents éléments de la méthode ayant été sélectionnés pour atteindre le but de cette étude, soit d'explorer les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU. La méthode a contribué à répondre aux questions de recherche de cette étude, lesquelles sont : quels sont les facteurs contraignants, perçus des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU ? Et quels sont les facteurs facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU ? En somme, ce chapitre porte sur : le devis de recherche, le milieu de l'étude, la population, la stratégie de recrutement, la collecte des données, l'analyse des données, les critères de qualité et les considérations éthiques.

Devis de recherche

Le type de devis utilisé pour répondre au but de cette étude qualitative est exploratoire. Sachant que le point de départ de ce type de recherche est d'identifier un phénomène qui occasionne de l'intérêt (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007; Polit et Beck, 2004), ce devis correspond ainsi tout à fait à l'UCA, dont l'intérêt est à la hausse au Canada (Budgen et Gamroth, 2008). De plus, la recherche exploratoire a pour but de combler un manque sur le sujet à l'étude (Van der Maren, 1996) et ce type d'étude est mené lorsqu'il est question d'un sujet peu étudié (Loiselle et Profetto-McGrath). Le choix du devis s'appuie donc sur le fait qu'aucune étude au Québec n'a été réalisée concernant les facteurs contraignants et facilitants à l'implantation de ce type d'unité étant donné qu'à notre connaissance, aucun milieu clinique n'a implanté une UCA. Également, cette étude exploratoire a permis de produire des connaissances sur les facteurs contraignants et facilitants à l'implantation d'une UCA (Trudel, Simard et Vonarx, 2007), ce qui contribuera au développement d'un projet pilote visant l'implantation de ce type d'unité. D'ailleurs, la recherche exploratoire est utilisée lorsqu'il y a un désir de définir de nouvelles pistes de recherche (Trudel et al.).

À cet effet, il importe de préciser que ce projet de mémoire s'inscrit au sein d'un plus grand projet de recherche de l'équipe FUTUR du CIFI. Ce dernier, dirigé par madame Caroline Larue, chercheuse au CIFI, a pour but de développer et explorer la faisabilité d'un projet pilote visant à implanter une UCA dans des unités de soins de deux centres hospitaliers du Québec. Les questions de recherche de ce projet de recherche sont :

1. Quelles sont les recherches qui ont été menées sur les UCA?
2. Quels sont les critères opérationnels et les critères d'évaluation qui permettront d'implanter une UCA dans des unités de soins variées?
3. Quels sont les facteurs contraignants et facilitants perçus par des professionnels de la santé quant à l'implantation d'une UCA?

Ainsi, la première et la troisième question de recherche rejoignent le projet de mémoire de l'étudiante-chercheuse. La troisième question de recherche du projet du CIFI a été en partie répondue par l'étude de l'étudiante-chercheuse du fait que son étude a été mono centrique.

Milieu de l'étude

Un CHU à l'est du Québec, dont la mission est d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères, est l'un des deux milieux où s'est déroulé le projet de recherche de l'équipe FUTUR du CIFI. Parmi les valeurs de ce CHU figure la collaboration interne et externe, essentielle à la réalisation de la mission de ce CHU. La collaboration entre les partenaires est d'ailleurs l'une des caractéristiques de l'UCA (Lougheed et Galloway Ford, 2005). Aussi, l'humanisation des soins et des services fait partie de la philosophie du milieu de cette étude. Concernant les stages en milieu clinique, chaque année, ce CHU reçoit plus de 4000 étudiantes et stagiaires provenant d'une diversité de discipline. Ainsi, ce milieu a été choisi pour le projet de recherche de l'équipe FUTUR. De façon plus spécifique, le secteur pédiatrique de ce CHU a été sélectionné pour cette étude puisque les gestionnaires désirent y implanter une UCA, et puisqu'elles sont disponibles et intéressées par le projet de recherche de l'équipe FUTUR. Ce secteur a donc été choisi à l'aide d'un échantillonnage par choix raisonné (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Par conséquent, étant donné le fait que le projet de l'étudiante-chercheuse s'inscrit au sein du projet de l'équipe FUTUR, l'étude de celle-ci s'est déroulée dans le secteur pédiatrique du CHU à l'est du Québec.

Population

Pour l'étude de l'étudiante-chercheuse, la population ciblée était l'ensemble des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières et provenant de l'unité de soins pédiatriques sélectionnée, de la direction des soins infirmiers du CHU ciblé ainsi que des formateurs de la FSI. Dans le cadre du projet de l'étudiante-chercheuse, les participantes ont été recrutées en deux groupes. Premièrement, des professionnels de la santé faisant partie du comité d'experts formé dans le cadre du projet de recherche de l'équipe FUTUR ont été rassemblés. Deuxièmement, des professionnels de la santé qui ne faisaient pas partie de ce comité d'experts ont été ciblés. Ces deux groupes ont été recrutés afin d'assurer une variété de points de vue sur les questions de recherche auxquelles nous avons voulu répondre dans le cadre du projet de maîtrise de l'étudiante-chercheuse.

Tout d'abord, dans le cadre du projet de recherche de l'équipe FUTUR, des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières ont été choisis pour former un comité d'experts qui avait pour mandat d'identifier les critères opérationnels et les critères d'évaluation qui permettront l'implantation éventuelle d'une UCA dans une unité de soins pédiatriques. Les membres du comité d'experts ont été ciblés par la directrice des soins infirmiers du CHU de l'étude ainsi que par la directrice de maîtrise de l'étudiante-chercheuse, en raison de leur implication au sein du projet. Ainsi, ce comité d'experts était composé d'une infirmière chef des soins et services; d'une assistante infirmière chef; d'une pédiatre; d'une nutritionniste d'une unité pédiatrique; d'une conseillère en soins infirmiers et d'une cadre-conseil en sciences infirmières du secteur pédiatrique; d'une infirmière responsable de l'enseignement et de la formation du CHU; d'une coordonnatrice de stage du secteur de la formation clinique de l'UdeM ainsi que de la vice-doyenne aux études de premier cycle en sciences infirmières à l'UdeM. Ainsi, en ce qui a trait à l'étude de l'étudiante-chercheuse, un groupe de neuf participantes provenant des professionnels de la santé du comité d'experts était souhaité. Au total, sept professionnels de la santé du comité d'experts ont accepté de participer à l'étude de l'étudiante-chercheuse. Ces dernières ont toutes répondu aux critères d'inclusion suivants :

- Être un professionnel de la santé faisant partie du comité d'experts qui a pour mandat de déterminer les critères opérationnels et les critères d'évaluation qui permettront d'implanter une UCA dans des unités du secteur pédiatrique
- Détenir un poste à temps complet, à temps partiel ou un remplacement depuis au moins trois mois au CHU de cette étude ou au centre universitaire affilié à ce CHU
- Travailler sur le quart de travail de jour ou de soir
- Avoir acquis une connaissance de base du modèle de l'UCA grâce à la présentation sur l'UCA fait par l'étudiante-chercheuse

Ensuite, quant aux professionnels de la santé qui ne faisaient pas partie du comité d'experts, le groupe a été composé : d'infirmières provenant du secteur pédiatrique et détenant au moins une expérience de préceptorat, d'infirmières provenant du secteur pédiatrique et n'ayant aucune expérience de préceptorat ainsi que d'une coordonnatrice de stage de l'université, responsable des stages en milieu clinique dans le secteur pédiatrique du CHU. Au final, sept professionnels de la santé ne faisant pas partie du comité d'experts ont participé à l'étude de l'étudiante-chercheuse, soient : deux infirmières-préceptrices, deux infirmières qui ne sont pas préceptrices, deux coordonnatrices de stage et une infirmière chef du secteur clinique. Ces dernières ont répondu aux critères d'inclusion suivants :

- Être une infirmière technicienne, clinicienne ou clinicienne spécialisée avec ou sans expérience en préceptorat.
- Avoir réussi son programme d'étude en sciences infirmières depuis plus de six mois
- Détenir un poste à temps complet, à temps partiel ou un remplacement depuis au moins trois mois dans le secteur pédiatrique du CHU de cette étude ou au centre universitaire affilié à ce CHU
- Travailler sur le quart de travail de jour ou de soir
- Avoir acquis une connaissance de base du modèle de l'UCA grâce à la présentation sur l'UCA fait par l'étudiante-chercheuse ou encore grâce à la consultation d'informations écrites

En somme, pour cette étude, deux groupes de participantes ont été recrutés : un groupe de professionnels de la santé faisant partie du comité d'experts (n=7) et un autre groupe de professionnels de la santé ne faisant pas partie du comité d'experts (n=7). Dans le cadre de

cette étude, les participantes ont toutes été recrutées de manière volontaire (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Nous nous attendions à ce que les membres du comité d'expert amènent une perspective différente de celle des infirmières-préceptrices et non-préceptrices de l'unité et de l'UdeM qui ne participaient pas au comité d'experts. Au total, quatorze professionnels de la santé ont accepté de participer à l'étude de l'étudiante-chercheuse. En recherche qualitative, il n'y a pas de précision quant au nombre de participants. Toutefois, dans ce type de recherche, le nombre de participants doit permettre la saturation des données (Fortin et Gagnon, 2010). Celle-ci a été partiellement atteinte. La saturation des données fera l'objet d'une discussion dans le prochain chapitre de ce mémoire.

Stratégie de recrutement

Premièrement, la chercheuse et l'étudiante-chercheuse ont rencontré la directrice des soins infirmiers (DSI) du CHU où s'est déroulé le projet d'UCA. Le but de cette rencontre était de présenter le projet de recherche et de solliciter sa collaboration quant au choix d'un secteur du CHU où il pourrait être possible de recruter des participantes afin de répondre aux questions de recherche. Le choix du secteur s'est appuyé sur la disponibilité et l'intérêt des personnes y travaillant à participer au projet d'UCA ainsi que sur les critères de qualité d'un milieu de stage, soit un milieu où des infirmières ou superviseuses sont capables d'établir une relation pédagogique avec une étudiante dans un environnement intégrateur (Larue et al., 2013). Le secteur choisi devait donc comprendre des unités répondant aux critères de qualité d'un milieu de stage. Ensuite, une fois que le secteur au sein duquel se déroulerait le projet de recherche de l'équipe FUTUR et de maîtrise de l'étudiante-chercheuse fut sélectionné, l'étudiante-chercheuse s'est intégrée dans le comité d'experts où les membres ont été choisis, par la DSI et la directrice de maîtrise de l'étudiante-chercheuse. L'étudiante-chercheuse a joué un rôle d'assistante de recherche dans le comité d'experts. Lors de la première rencontre du comité d'experts, une présentation sur l'UCA ainsi que sur le projet de recherche de l'équipe FUTUR et de maîtrise de l'étudiante-chercheuse a été effectuée par celle-ci et sa directrice de maîtrise.

Deuxièmement, après avoir reçu l'approbation du projet par le comité d'approbation de la FSI et le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU ainsi qu'une confirmation de l'acceptation de cette approbation par le conseiller du comité d'éthique de la recherche en

santé de l'UdeM, l'étudiante-chercheuse a invité les membres du comité d'experts à participer à son projet de mémoire. L'invitation et les formulaires de consentement leur ont été remis durant une rencontre des membres du comité d'experts.

Troisièmement, l'infirmière chef du secteur pédiatrique retenu a été rencontrée dans l'optique de planifier la présentation adressée aux infirmières-préceptrices et aux infirmières non préceptrices. Le but de cette présentation était de recruter des professionnels de la santé, qui ne faisaient pas partie des membres du comité d'experts, pour participer au projet de maîtrise de l'étudiante-chercheuse. Les modalités de cette présentation, notamment le lieu, la date, l'heure et la durée, ont été déterminées avec l'infirmière chef. De plus, l'étudiante-chercheuse a suggéré à l'infirmière chef de placer sur le babillard de l'unité, une invitation (Appendice A) s'adressant aux infirmières-préceptrices et aux infirmières non-préceptrices. Cette invitation indiquait la date, l'heure et le lieu de la présentation de l'étudiante-chercheuse au sujet de l'UCA, expliquait brièvement le projet de l'étudiante-chercheuse ainsi que la nature de la participation et se terminait avec les coordonnées de l'étudiante-chercheuse. Une fois, la présentation de l'étudiante-chercheuse terminée, des formulaires de consentement ont été laissés au poste des infirmières dans un cartable dédié à la recherche. Les infirmières qui souhaitaient participer ont ainsi pu contacter directement l'étudiante-chercheuse.

Quatrièmement, avec la permission de la vice-doyenne aux études de 1^e cycle et au développement professionnel, l'étudiante-chercheuse a rencontré l'infirmière chef du secteur clinique de l'UdeM afin de lui expliquer son projet de mémoire et d'organiser une rencontre avec les coordonnatrices de stage. Cette rencontre visait également à recruter une coordonnatrice de stage ne faisant pas partie du comité d'experts pour participer au projet de recherche de l'étudiante-chercheuse. Cette rencontre a eu lieu sur l'heure du midi à l'UdeM. L'étudiante-chercheuse a, par la même occasion, présenté l'UCA ainsi que le projet de recherche aux coordonnatrices de stage du milieu universitaire. Des formulaires de consentement ont été laissés au bureau de l'infirmière chef du secteur clinique de l'UdeM. Les coordonnatrices de stage qui souhaitaient participer ont pu contacter directement l'étudiante-chercheuse.

Les présentations réalisées par l'étudiante-chercheuse à l'égard des infirmières-préceptrices et des infirmières non-préceptrices du secteur pédiatrique, des coordonnatrices de stage ainsi que du comité d'experts, avaient pour but de présenter l'UCA, plus précisément son origine, sa définition, ses buts, ses objectifs ainsi que les caractéristiques de ce modèle. Ensuite, chaque présentation était suivie d'une description du projet de recherche de l'étudiante-chercheuse soit : le but, le déroulement de la collecte des données, les avantages et les inconvénients de participer à cette étude ainsi que le volet éthique de cette recherche. Tout au long de la période de recrutement, l'étudiante-chercheuse est demeurée disponible pour répondre aux questions des professionnels de la santé concernant le projet de recherche de maîtrise. Ainsi, lors des présentations, l'étudiante-chercheuse a laissé ses coordonnées aux participantes potentielles de l'étude. Chaque présentation s'est terminée par la remise des formulaires de consentement pour participer à l'étude de l'étudiante-chercheuse. Les professionnels de la santé ont été avisés des endroits où d'autres formulaires de consentement avaient été laissés afin que tous les professionnels de la santé puissent avoir du temps pour réfléchir avant de donner ou non leur consentement.

Méthodes de collecte des données

Dans le cadre du projet de maîtrise, deux modalités de collecte des données ont été privilégiées. L'étudiante-chercheuse a collecté les données pour cette recherche grâce à des entrevues individuelles et de groupe. Ces entrevues ont permis à l'étudiante-chercheuse d'approfondir les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU. Aussi, il est à noter que les professionnels de la santé ont participé soit à une entrevue individuelle ou à un groupe de discussion étant donné que le guide d'entrevue était le même pour les deux modalités de collecte des données.

Entrevues individuelles

Les entrevues individuelles semi-structurées se sont déroulées auprès d'infirmières du secteur pédiatrique ayant au moins une expérience de préceptorat, auprès d'infirmières du secteur pédiatrique n'ayant aucune expérience de préceptorat ainsi qu'auprès de l'infirmière

chef du secteur clinique de l'UdeM. Ces participantes ont été rencontrées individuellement, puisqu'elles sont des actrices clés dans une UCA (Lougheed et Galloway, 2005) et qu'elles ne faisaient pas partie du groupe d'experts. La date et l'heure des entrevues individuelles ont été déterminées avec chaque participante de l'étude afin de respecter les disponibilités de chacune. Une semaine avant chaque entrevue individuelle, un courriel a été envoyé aux participantes concernées afin de confirmer la date, l'heure et l'endroit de l'entrevue. Ces entrevues ont été de 35 à 60 minutes et ont été enregistrées sur bande audionumérique. Les entrevues ont débuté par une introduction visant à énoncer l'objet et le déroulement de cette étude à la participante (Appendice B).

Entrevues de groupe

Trois groupes de discussion ont eu lieu avec des professionnels de la santé. Tout d'abord, les coordonnatrices de stages qui ne faisaient pas partie du comité d'experts ont été invitées à participer à une entrevue individuelle. Celles-ci ont toutefois préféré participer à un groupe de discussion. Les coordonnatrices de stage qui ont participé à l'étude de l'étudiante-chercheuse ne sont pas responsables des étudiantes des mêmes années du parcours universitaire en sciences infirmières. Ainsi, celles-ci ont jugé qu'il était souhaitable qu'elles participent à un groupe de discussion afin de fournir des réponses complémentaires. Il y a donc eu un premier groupe de discussion composé de deux coordonnatrices de stage. Ce groupe de discussion s'est déroulé à un moment opportun pour les coordonnatrices de stage qui ne faisaient pas partie du comité d'experts.

Ensuite, les membres du comité d'experts ont été sollicités pour participer à un autre groupe de discussion dans le but d'examiner rigoureusement leurs opinions et leurs réactions quant aux facteurs contraignants et facilitants perçus à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU (Fortin et Gagnon, 2010). Les membres du comité d'experts ont donc été invités à répondre à un outil de planification, soit *doodle* afin de prévoir un moment où toutes les participantes étaient disponibles pour le déroulement du groupe de discussion. La réalité des milieux n'a toutefois pas permis de réunir tous les membres du comité d'experts à un même moment. Par conséquent, deux groupes de discussion ont été réalisés avec les différents membres du comité d'experts. Ces groupes de discussion étaient constitués de participantes détenant des titres d'emploi divers, ce qui a permis d'obtenir différentes

perceptions quant aux facteurs contraignants et facilitants à l'implantation d'une UCA (Krueger et Casey, 2009). Ces groupes de discussion avaient tout de même une certaine homogénéité puisque les participantes étaient des personnes clés dans la mise en œuvre éventuelle d'une UCA au Québec (Lougheed et Galloway, 2005). De même, leur intérêt, quant à l'UCA ainsi que leur éventuelle participation à la mise en œuvre de l'UCA, étaient les principaux éléments que les participantes de ces groupes de discussion avaient en commun. De façon plus spécifique, le premier groupe de discussion avec des membres du comité d'experts était constitué de quatre participantes: une infirmière chef des soins et services du secteur pédiatrique, une infirmière responsable de l'enseignement et de la formation du CHU choisi pour cette étude, une coordonnatrice de stage du secteur de la formation clinique du centre universitaire affilié au CHU de l'étude et une cadre-conseil en sciences infirmières du secteur pédiatrique. Le second groupe de discussion avec des membres du comité d'experts était constitué de trois participantes: une conseillère en soins infirmiers du secteur pédiatrique, une pédiatre et une assistante infirmière chef d'une unité pédiatrique.

En somme, une semaine avant chaque groupe de discussion, un courriel a été envoyé aux participantes concernées afin de confirmer la date, l'heure et l'endroit du groupe de discussion. Les groupes de discussions ont été de 45 à 60 minutes. En moyenne, un groupe de discussion devrait durer entre 60 à 90 minutes (Hennink, 2007; Krueger, 1998a). De plus, les entrevues de groupe ont été enregistrées sur bande audionumérique. Chaque groupe de discussion a débuté par un mot de bienvenue, ensuite, une présentation des participantes a eu lieu, puis l'étudiante-chercheuse a introduit le sujet de discussion et les règles à respecter (Appendice C) (Alami, Desjeux et Garabua-Moussaoui, 2013). L'étudiante-chercheuse a animé les groupes de discussion. Celle-ci ne s'est donc pas intégrée en tant que participante aux groupes de discussion des membres du comité d'experts. De plus, pour les groupes de discussion comportant plus de deux participantes, une observatrice était présente pour prendre des notes. Après chaque groupe de discussion, l'étudiante-chercheuse et l'observatrice ont effectué un débriefing afin de discuter des idées clés, des citations marquantes et des impressions générales et afin de comparer les données ressorties entre les groupes de discussion des membres du comité d'experts (Krueger, 1998b). La présence de cette

observatrice a donc contribué à augmenter la validité de l'analyse de cette étude (Krueger, 1998b).

Outils de collecte des données

Les outils de collecte des données utilisés ont été un questionnaire sociodémographique, un guide d'entrevue semi-structurée ainsi qu'un journal de bord. Le questionnaire sociodémographique a été le même pour toutes les participantes de l'étude afin de permettre de décrire brièvement les professionnels de la santé qui ont participé à l'étude de l'étudiante-chercheuse. Le guide d'entrevue semi-structurée a également été le même pour les deux modalités de collecte des données étant donné que nous visons à explorer les facteurs contraignants et facilitants, perçus par tous les professionnels de la santé qui ont participé à la recherche de l'étudiante-chercheuse, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU.

Questionnaire sociodémographique

Tout d'abord, au début du groupe de discussion et de chaque entrevue individuelle, chaque participante de l'étude a été invitée à remplir le questionnaire sociodémographique (Appendice D). Ce questionnaire comprend trois catégories de données : des questions générales (genre et âge), des questions concernant le travail (titre, statut d'emploi, quart de travail, nombre d'années d'expérience), et finalement, des questions concernant la formation (niveau de formation et expérience à titre de préceptrice). En somme, ce questionnaire sociodémographique a permis de décrire brièvement les participantes de l'étude.

Guide d'entrevue semi-structuré

Le guide d'entrevue est le même pour les entrevues individuelles et le groupe de discussion (Appendice E). Ce guide d'entrevue a donc été créé afin de répondre au plus grand nombre d'exigence propre à ces deux types de modalités de collecte des données en ce qui a trait au guide d'entrevue.

Le guide d'entrevue de cette étude est semi-structuré et il est composé majoritairement de questions ouvertes. Ce type de question a été privilégié étant donné que, dans le cadre de cette étude, nous désirions explorer les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des

professionnels de la santé, quant à l'implantation d'une UCA en centre hospitalier. Le guide d'entrevue est composé de sept questions, ce qui rejoint la littérature. En effet, selon Krueger (1998a), les guides d'entrevue pour les groupes de discussion sont composés en moyenne de six questions pour une entrevue de groupe d'une heure. Les questions du guide d'entrevue ont été réparties en cinq catégories de questions, soit des questions d'ouverture, d'introduction, de transition, des questions clés et finales (Krueger et Casey, 2009). Selon ces mêmes auteurs, tous les types de questions ont un but distinct et le niveau d'importance d'une question influencera le temps passé sur celle-ci lors des entrevues. Dans le cadre de cette recherche, l'étudiante-chercheuse a accordé la majorité du temps des entrevues aux deux questions clés du guide (Krueger et Casey), qui présentent un lien direct avec le but de cette étude. De plus, les cinq catégories de questions ont permis de suivre la séquence pour les questions, c'est-à-dire de commencer avec des questions d'introduction, de poursuivre avec des questions plus complexes et de terminer avec des questions permettant de faire une synthèse des éléments importants de l'entrevue (Hermanowicz, 2002). Finalement, comme proposé par Krueger et Casey, le guide d'entrevue a été conçu en tenant compte des qualités de bonnes questions: compréhensives, claires, courtes et ouvertes. Ensuite, plusieurs types de questions ont été posés spontanément lors des entrevues soit des questions: de suivi, de « probing », spécifiques, directes, indirectes, de structuration et d'interprétation (Kvale, 2007). À titre d'exemple, l'étudiante-chercheuse a posé spontanément les questions suivantes : Pourriez-vous en dire davantage ?, Y-a-t-il autre chose?, Est-ce que quelqu'un à quelque chose qui pourrait être un peu différent?

Journal de bord

L'étudiante-chercheuse a tenu un journal de bord tout au long de la collecte de données. Durant et après chaque entrevue individuelle ou groupe de discussion, l'étudiante-chercheuse a noté dans ce journal de bord ses pensées, ses impressions, ses réflexions et ses commentaires. D'ailleurs, Hermanowicz, (2002) mentionne que, pendant et tout de suite après les entrevues, de nombreuses idées sont disponibles et celles-ci devraient être notées afin qu'elles ne soient pas perdues. Au cours de l'analyse des données, certains éléments notés dans ce journal de bord ont été utilisés comme source d'informations additionnelles.

Analyse des données prévues

À la suite de la collecte des données, les données d'entrevues ont été transcrites et transférées dans un logiciel de gestion de données qualitatives et une analyse thématique a par la suite été effectuée (Miles et Huberman, 2003). Le logiciel qui a été utilisé est QDA miner. L'analyse des données s'est déroulée en trois étapes : la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration et la vérification des conclusions (Miles et Huberman). Selon ces mêmes auteurs, ces trois composantes de l'analyse des données constituent un processus itératif et interactif. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a tenu compte du processus cyclique des trois activités analytiques lors de l'analyse des données de cette étude. Une brève description du déroulement de l'analyse des données sera donc faite selon l'écrit de Miles et Huberman. Il importe de mentionner que les données provenant des participantes du comité d'experts et des participantes qui ne font pas partie du comité d'experts ont été analysées de façon séparée étant donné que les membres du comité d'experts, qui ont participé à un groupe de discussion, désirent implanter une UCA dans des unités tandis que les infirmières, qui ne font pas partie du comité d'experts, se sont fait présenter ce changement éventuel de pratique dans l'accompagnement des étudiantes en stage. Ainsi, l'intérêt de ces infirmières ainsi que la nature des obstacles identifiés quant à l'implantation de ce type d'unité pourraient différer de ceux des membres du comité d'experts.

Condensation des données

Tout d'abord, une condensation des données a été effectuée. Afin de pouvoir procéder à celle-ci, l'étudiante-chercheuse a d'abord effectué la transcription intégrale, dans un document Word, des enregistrements des groupes de discussion et des entrevues individuelles ainsi que des notes prises par l'étudiante-chercheuse dans le journal de bord et par l'observatrice lors de la collecte des données. Avant de transférer les données des entrevues dans le logiciel QDA miner, l'étudiante-chercheuse a écouté à nouveau les enregistrements audionumériques des entrevues afin de s'assurer de la justesse des transcriptions. Ensuite, la condensation des données a compris : le retrait d'informations superflues, le rejet des données qui ne répondaient pas aux questions de recherche, la discrimination des données entre elles ainsi que l'organisation des données.

Les méthodes qui ont été utilisées pour l'analyse en cours de collecte des données sont les codes et codages ainsi que la codification thématique. Les codes sont des étiquettes désignant une signification spécifique que l'étudiante-chercheuse a attribuée à des segments de données, c'est-à-dire à des mots ou phrases ou paragraphes, qu'elle a recueillis au cours de la collecte des données. Les codes ont aidé l'étudiante-chercheuse à organiser les données obtenues. Le cadre de référence (*NICE, 2007*) a inspiré l'étudiante dans la création des codes. Ceux-ci ont évolué et ont été modifiés au cours de la collecte des données afin de parvenir à une codification thématique. Celle-ci a d'ailleurs été réalisée grâce à des codes thématiques qui sont des codes explicatifs. Ces types de codes ont émergé tardivement dans la collecte des données, soit lorsqu'il a été possible d'identifier un thème ou un pattern dans les données recueillies. Les codes thématiques ont donc permis la création de thèmes.

Ensuite, tous les types de code ont été définis. Afin d'obtenir des définitions claires et un contrôle de fiabilité, un codage multiple a eu lieu. Tout d'abord, l'étudiante-chercheuse ainsi qu'une chercheuse, soit la directrice de maîtrise de l'étudiante, ont codé séparément une même série de données dans le but d'arriver à des codes identiques et à une vision commune de la signification de ces codes. À la suite de ce codage multiple, une fiabilité de 92 % entre les codeurs a été obtenue. La fiabilité s'est calculée comme suit : le nombre d'accord divisé par le résultat de l'addition du nombre total d'accords et de désaccords. Pour considérer que l'étudiante-chercheuse ainsi que sa directrice sont en accord, celles-ci devaient avoir identifié les mêmes codes pour les mêmes séries de données. Ensuite, quelques jours après ce premier codage, l'étudiante-chercheuse ainsi que sa directrice ont procédé pour une deuxième fois au codage des mêmes données dans le but d'assurer une cohérence interne entre ces deux codages de ces mêmes données. Cet exercice d'intracodeur a permis d'obtenir une fiabilité près du 94 %. Afin de parvenir à ce pourcentage, les codeurs ont discuté des désaccords et clarifié davantage certaines définitions de codes. Par le fait même, certains thèmes ont été approfondis.

En somme, cette condensation des données a permis d'effectuer un premier tri et d'organiser les données de cette recherche concernant les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une UCA. Cette condensation des

données a permis de parvenir à des conclusions finales qui ont été vérifiées par la suite. Le codage multiple est un bon contrôle de fiabilité et est utile dans des études exploratoires.

Présentation des données

La présentation des données est décrite comme étant: « un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action » (Miles et Huberman, 2003, p.29.). Le format de présentation privilégié pour cette étude est le format le plus fréquent et traditionnel, soit le texte narratif. L'analyse des données a entraîné la création d'un nouveau texte narratif, soit un compte rendu des données. Dans le cadre de cette recherche, le compte rendu est le chapitre nommé résultat de ce mémoire, et permet de présenter les données de cette recherche. Une relecture des notes de terrains a également été réalisée, ce qui permet à l'étudiante-chercheuse de consulter à nouveau les données qui ne seront pas présentées dans le compte rendu et d'ajouter au besoin certaines données manquantes pertinentes.

Élaboration et vérification des conclusions

Ensuite, l'élaboration et la vérification des conclusions ont été effectuées. La tactique d'interprétation des données qui a été utilisée est le repérage des *patterns*, des thèmes. L'étudiante-chercheuse a identifié des *patterns* et des thèmes à partir des régularités qui ont découlé des données recueillies. Toutefois, l'étudiante-chercheuse ne s'est pas arrêtée à ses propres conclusions et celle-ci a gardé un esprit ouvert et critique tout au long de la collecte des données et de l'analyse des données. La collecte des données terminée, l'étudiante-chercheuse fut en mesure de dresser des conclusions finales, celles-ci ayant par la suite fait l'objet d'une vérification.

Critères de qualité

Les critères de qualité qui ont permis d'assurer la rigueur scientifique de cette étude sont : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité ainsi que la confirmabilité. Ils seront présentés selon Lincoln et Guba (1985) et Loiselle et Profetto-McGrath (2007).

Crédibilité

Ce critère fait référence à la confiance que les individus peuvent avoir à l'égard de l'exactitude des données (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Tout d'abord, l'engagement prolongé de l'étudiante-chercheuse dans le projet a permis d'améliorer la crédibilité des données (Loiselle et Profetto-McGrath). L'étudiante-chercheuse s'est engagée dans la collecte des données étant donné qu'elle a animé les groupes de discussion et les entrevues individuelles. D'ailleurs, avant de procéder à la collecte des données, l'étudiante-chercheuse a présenté le concept de l'UCA aux participantes potentielles de l'étude. Aussi, il y a eu une triangulation des sources de données (Loiselle et Profetto-McGrath) étant donné que l'étudiante-chercheuse s'est entretenue avec différents professionnels de la santé au sujet de l'UCA. Finalement, parmi les activités qui permettent d'augmenter le niveau de crédibilité de la recherche, l'étudiante-chercheuse a utilisé la tenue d'un journal de bord, l'enregistrement des entrevues individuelles et de l'entrevue de groupe ainsi que des discussions fréquentes avec la directrice de recherche (Lincoln et Guba, 1985).

Transférabilité

Ce critère de qualité indique au lecteur s'il est possible de transférer les conclusions de la recherche à son contexte spécifique (Lincoln et Guba, 1985). Lors de la rédaction de son mémoire, l'étudiante-chercheuse s'est assurée d'offrir une description détaillée des composantes et du contexte de la recherche afin que le lecteur puisse déterminer si les résultats de l'étude sont transférables à son contexte spécifique (Lincoln et Guba).

Fiabilité

Ce critère de qualité fait appel à la constance des résultats à travers le temps et les différentes situations (Fortin et Gagnon, 2010 et Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Un codage multiple a eu lieu. En effet, l'étudiante-chercheuse ainsi que sa directrice de maîtrise ont codé les mêmes séries de données (Miles et Huberman, 2003). Selon ces mêmes auteurs, le codage multiple constitue un bon contrôle de fiabilité. De plus, l'étudiante-chercheuse a assuré la fiabilité des données en écoutant les enregistrements audio numériques des entrevues, assurant ainsi l'exactitude des *verbatim* qui seront présentés dans le prochain chapitre.

Confirmabilité

Ce critère permet de certifier que les conclusions présentées dans ce mémoire proviennent des données recueillies dans le cadre de cette recherche (Fortin et Gagnon, 2010). Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a noté ses réflexions dans un journal de bord, lors de la collecte des données, ce qui a permis d'améliorer la confirmabilité des données (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De plus, un autre moyen utilisé par l'étudiante-chercheuse pour assurer la confirmabilité des données fut l'intégration d'extraits de *verbatim* dans les résultats de cette étude. Également, plusieurs sources de données de recherche ont été mises à la disposition de l'étudiante-chercheuse ainsi que de la directrice de recherche, telles que les enregistrements audio numériques et la transcription de ces enregistrements, les questionnaires sociodémographiques, ainsi que le journal de bord. Afin d'assurer la confirmabilité des données, ces sources de données ont été consultées.

Considérations éthiques

Avant de procéder au recrutement des participantes pour cette étude, le projet a été soumis au CER du CHU où s'est déroulée l'étude. Lorsque l'approbation du CER du CHU de l'étude a été obtenue, une preuve de cette approbation a été envoyée par message électronique au conseiller en éthique de la recherche de l'UdeM. Une confirmation de sa part a par la suite été obtenue par courriel, ce qui a permis également de recruter des participantes du centre universitaire. Pour ce qui est des considérations éthiques de l'étude, l'étudiante-chercheuse a utilisé le document de l'énoncé politique des trois conseils de l'éthique de la recherche avec des êtres humains (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada; Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada; Instituts de recherche en santé du Canada, 2014).

Processus de consentement

Afin de participer à cette étude, les professionnels de la santé ont dû fournir leur consentement libre et éclairé avant le début du projet de recherche. Par la suite, tout au long de la recherche, ce consentement a été continu. Premièrement, le consentement a été libre étant donné que la participation des professionnels de la santé à cette étude a été volontaire, ce qui a permis de respecter la dignité humaine des participantes. Afin de s'assurer que le

consentement soit volontaire, l'étudiante-chercheuse a veillé à ce qu'aucune pression indue ne soit exercée sur les participantes éventuelles. Lorsque le recrutement des participantes se fait par des personnes qui sont en position d'autorité, il est possible qu'une influence indue soit exercée sur les participantes éventuelles. Ainsi, l'étudiante-chercheuse a sollicité des personnes en position d'autorité pour le recrutement de participantes éventuelles. Cependant, ces personnes n'ont pas été appelées à recruter directement les participantes, mais uniquement, à fournir les informations nécessaires à l'étudiante-chercheuse afin que celle-ci parvienne à communiquer avec les participantes potentielles pour cette étude. Aussi, dans le but de permettre un consentement libre aux participantes éventuelles de cette étude, aucune coercition n'a eu lieu. Les participantes se sont vues libres de refuser de participer à cette étude sans qu'aucune menace de préjudice ou de pénalité survienne. De plus, aucune incitation n'a été utilisée dans l'optique de favoriser la participation de personnes pour ce projet de recherche. Également, si les participantes le désiraient, elles pouvaient en tout temps retirer leur consentement sans justification et sans subir des inconvénients, et par le fait même, celles-ci pouvaient exiger le retrait des données qui avaient été recueillies jusqu'à présent dans le cadre de l'étude. Toutefois, les circonstances ne permettant pas de retirer les données ont été mentionnées aux participantes potentielles. À titre d'exemple, une fois que, les résultats seraient publiés, il serait impossible de retirer des données.

Deuxièmement, le consentement a été éclairé étant donné que l'étudiante-chercheuse a communiqué par écrit et verbalement, lors de sa présentation portant sur l'UCA ainsi que le projet d'étude, tous les renseignements pertinents nécessaires à la prise de décision éclairée. Aussi, les participantes ont eu accès à l'adresse électronique de l'étudiante-chercheuse ainsi que son numéro de téléphone afin de poser des questions sur l'étude au besoin. Un temps de réflexion a été alloué aux participantes avant d'obtenir leur consentement afin que celui-ci soit éclairé. Les participantes potentielles de l'étude ont donc eu le temps d'assimiler les informations reçues, de contacter l'étudiante-chercheuse au besoin et de réfléchir quant à leur participation à cette étude.

Troisièmement, un respect du consentement continu des participantes de l'étude a été noté étant donné que l'étudiante-chercheuse a informé les participantes de toutes les informations pertinentes, et ce, tout au long de l'étude. Cette façon de faire a permis aux participantes de

réévaluer leur consentement au cours de l'étude. En somme, avant de commencer la collecte des données, le consentement libre et éclairé des participantes a été obtenu grâce à leur signature sur le formulaire de consentement conçu pour cette étude à partir de celui de l'établissement du CHU de l'étude (Appendice F). Une copie de ce consentement a d'ailleurs été laissée aux participantes afin que celles-ci puissent avoir accès en tout temps aux conditions associées au projet de recherche pour lequel elles ont accepté de participer.

Justice et équité

Tout d'abord, des critères d'inclusion ont été établis en fonction du projet de recherche et ces critères visaient une sélection inclusive des participantes. Aucune participante n'a été refusée en raison de caractéristiques, notamment sa culture, son âge, son genre et son orientation sexuelle. Ensuite, quant à cette étude, les avantages espérés devaient être plus importants que les inconvénients anticipés. Quant aux avantages associés à la participation à cette étude se trouvaient la contribution des participantes à l'avancement des connaissances en sciences infirmières quant aux facteurs concernant les changements de pratique dans le domaine de la santé et la contribution des participantes à la mise en œuvre éventuelle d'une UCA. En ce qui concerne les inconvénients associés à la participation à cette étude, il y avait le temps consacré par les participantes à l'entrevue individuelle ou au groupe de discussion, la possibilité que des collègues de travail connaissent l'identité des participantes de l'étude si les entrevues individuelles ou les groupes de discussion se déroulaient sur les lieux de travail ainsi que les coûts reliés au déplacement possible des participantes en lien avec l'entrevue individuelle. Ainsi, pour les entrevues individuelles, les participantes ont décidé de l'endroit qui leur convenait le mieux pour effectuer l'entrevue et assurer la protection de leur identité. En ce qui concerne les groupes de discussion, ceux-ci ont eu lieu en dehors des salles habituellement utilisées dans les unités. Les groupes de discussion se sont donc déroulés en retrait dans le secteur de l'enseignement du CHU ou à l'UdeM dans un local fermé.

Vie privée et confidentialité

La vie privée des participantes de l'étude a été protégée de différentes façons. Le devoir de confidentialité fait appel à la responsabilité de l'étudiante-chercheuse à protéger les données provenant des participantes de l'étude. Ces données ont été protégées par divers moyens afin d'éviter que celles-ci soient accessibles, divulguées, modifiées, perdues ou volées. Ainsi, un

classeur verrouillé dans le bureau de la directrice de mémoire a été utilisé dans le but de protéger tout le matériel confidentiel, tel que les formulaires de consentements signés, les questionnaires sociodémographiques ainsi que les enregistrements audionumériques des groupes de discussion et des entrevues individuelles. Également, les fichiers, qui contenaient des données concernant cette étude, n'étaient pas accessibles au public et leur utilisation nécessitait un mot de passe. Celui-ci était connu uniquement des personnes pouvant avoir accès aux informations confidentielles de cette étude. L'accès aux informations personnelles des participantes a été autorisé à l'étudiante-chercheuse, à la directrice de maîtrise et à la chercheuse responsable du CHU de l'étude. De plus, les ordinateurs utilisés ont été munis de logiciels antivirus. Ensuite, dans le cadre de ce projet de recherche, les informations recueillies et utilisées ont été codées étant donné que chaque participante a été identifiée par un code. L'étudiante-chercheuse ainsi que la directrice de maîtrise se sont assurées qu'il n'y avait pas de possibilités d'identifier les participantes. De cette façon, aucune information n'a pu être associée à une participante de l'étude. De plus, en ce qui concerne les groupes de discussion, chaque participante a été appelée à exercer son devoir de confidentialité en assurant l'anonymat de toutes les participantes (Parker et Tritter 2006).

Chapitre IV : Résultats

Au sein de ce chapitre, les résultats de l'étude sont présentés en réponse aux questions de recherche, lesquelles étaient : « Quels sont les facteurs contraignants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU ? » et « Quels sont les facteurs facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU ? ». Tout d'abord, une description synthétique des participantes à l'étude est présentée sous forme de tableau. Le contexte de l'unité est également présenté. Ensuite, les résultats obtenus à la suite de l'analyse descriptive, inspirée de Miles et Huberman (2003) sont présentés avec en toile de fond le cadre de référence de *NICE* (2007). Les catégories dans lesquels il est possible de retrouver des obstacles au changement et des méthodes à utiliser pour aider à surmonter les obstacles au changement (*NICE*) ont guidé l'étudiante-chercheuse dans la conception des thèmes et des sous-thèmes des résultats de cette étude. En raison de résultats semblables entre les membres du comité d'experts et les professionnels de la santé ne faisant pas partie du comité d'experts, les thèmes résultants de ces analyses des données seront présentés ensemble.

Données descriptives sur les participantes

Les questionnaires sociodémographiques ont permis de tracer le portrait des professionnels de la santé ayant participé à cette étude (n=14). Les quatorze participantes à l'étude étaient des femmes. Au total, sept participantes étaient des membres du comité d'experts et sept participantes ne l'étaient pas. Le nombre d'années d'expérience en tant que professionnels de la santé des participantes variait entre moins de deux ans d'expérience à plus de 30 ans. La majorité des participantes étaient âgées de moins de 40 ans (n=8), travaillaient à temps complet (n=11), étaient employées du CHU (n=10), avaient une maîtrise ou un doctorat (n=8), avaient plus de 10 ans d'expérience en pédiatrie (n=8) et avaient de l'expérience en préceptorat (n=11). Les détails concernant les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude sont présentés dans le tableau VII.

Tableau VII

Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude

Informations sociodémographiques	Professionnels de la santé ayant participé à l'étude
Nombre de participantes	n=14
Genre	Femme (n=14)
Tranche d'âge	20 à 40 ⁵ ans (n=8) 41 à > 50 ans (n=6)
Employeur	CHU (n=10) Université (n=4)
Titre d'emploi	Coordonnatrice de stage (n=3) Infirmière chef ou assistante infirmière chef (n=3) Conseillère en soins infirmiers ou cadre-conseil en sciences infirmières (n=3) Infirmière technicienne ou infirmière clinicienne ou médecin (n=5)
Statut d'emploi	Temps complet (n=11) Temps partiel (n=3)
Quart de travail	Jour ou soir (n=14)
Années d'expérience en tant que professionnels de la santé	<2-10 ans (n=3) 11-15 ans (n=3) 16-20 ans (n=4) 26->30 ans (n=4)
Années d'expérience en pédiatrie	<2-5 ans (n=3) 6-10 ans (n=3) 11-15 ans (n=3) 16-30 ans (n=5)
Niveau de formation	Collégial (n=3) Baccalauréat (n=3) Maîtrise ou doctorat (n=8)
Expérience en préceptorat	Oui (n=11) Non (n=3)
Nombres d'années d'expérience en préceptorat	1-5 ans (n=3) 6->25 ans (n=7) Valeur manquante (n=1)

⁵ Les catégories contenant un ou deux sujets ont été regroupées avec une autre catégorie pour assurer la confidentialité des participantes.

Tableau VII (suite)

Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude

Informations sociodémographiques	Professionnels de la santé ayant participé à l'étude
Nombres d'étudiantes préceptorées	0-3 (n=3) 4- >20 (n=8)
Nombres d'externes, de candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), d'infirmières novices, d'infirmières avec un permis restrictif temporaire préceptorées	1-3 (n=3) 4-15 (n=5) >20 (n=3)

Contexte de l'unité

L'unité sélectionnée pour cette étude est une unité d'enseignement. Les professionnels de la santé de l'unité travaillent en interdisciplinarité. Toutefois, il est à noter que les infirmières de cette unité n'ont jamais suivi d'étudiantes en sciences infirmières de l'université dans un contexte 1/1. Ainsi, nous considérons que l'expérience limitée de certaines participantes quant au modèle du préceptorat peut avoir influencé certains résultats de cette étude.

Résultats

Les facteurs contraignants et facilitants perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU, ont été regroupés sous trois thèmes. Pour ce qui est des facteurs contraignants, ceux-ci sont présentés selon les thèmes suivants : non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois, contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA ainsi que préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Quant aux facteurs facilitants, ceux-ci ont été regroupés sous les thèmes suivants: adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois, contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA ainsi qu'opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Le tableau VIII présente ces thèmes et les sous-thèmes qui ressortent de l'analyse des données, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble des facteurs

contraignants et facilitateurs perçus à l'implantation d'une UCA. Une description de ces thèmes et sous-thèmes soutenue par des verbatim des participantes de cette étude est présentée.

Tableau VIII

Synthèse des facteurs contraignants et facilitateurs perçus à l'implantation d'une UCA

Facteurs contraignants		Facteurs facilitateurs	
Non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois	▪ Absence de repères pour implanter le modèle de l'UCA dans le contexte québécois	Adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois	▪ Modifications possibles de l'UCA durant sa mise en œuvre et une fois l'implantation réalisée
	▪ Doutes et incertitudes des professionnels de la santé concernant le modèle de l'UCA		▪ Formation des infirmières et des professionnels de la santé des autres professions quant à l'UCA ▪ Informations données aux étudiantes à l'égard de l'UCA ▪ Utilisation d'outils pour l'UCA
Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA	▪ Absence d'expérience d'un stage avec un superviseur de l'université qui n'est pas toujours dans le milieu clinique	Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA	▪ Accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage
	▪ Surcharge de travail dans le milieu clinique et universitaire		▪ Personne ressource désignée pour soutenir l'unité ciblée pour l'UCA
	▪ Déménagement de l'unité, changement des membres de l'équipe de soins		▪ Encadrement et soutien offerts aux étudiantes de l'UCA
	▪ Implantation d'un nouveau programme universitaire		▪ Soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA

Tableau VIII (suite)

Synthèse des facteurs contraignants et facilitateurs perçus à l'implantation d'une UCA

Facteurs contraignants		Facteurs facilitateurs	
Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪Caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA 	Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪Caractéristiques favorables des unités pour l'implantation d'une UCA
Préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA	<ul style="list-style-type: none"> ▪Inconvénients perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices ▪ Responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences ▪Incertitudes quant au potentiel d'apprentissage des étudiantes dans l'UCA 	Opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA	<ul style="list-style-type: none"> ▪Avantages perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices ▪Profil souhaité des étudiantes pour l'UCA

Facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA

Non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois

Ce thème englobe l'absence de repères pour implanter le modèle de l'UCA dans le contexte québécois ainsi que les doutes et incertitudes des professionnels de la santé concernant le modèle de l'UCA

Absence de repères pour implanter le modèle de l'UCA dans le contexte québécois. Un des facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA réside au fait que ce modèle n'est pas encore utilisé par le milieu clinique et universitaire de cette étude. Les extraits

suivants le démontrent bien : « [...] on est les premiers à faire ça au Québec [...] » (EI⁶; L2416); « Moi, je trouvais que c'était un modèle novateur. C'est sûr que quand c'est présenté, c'est super intéressant de voir ce qui se fait ailleurs [...] » (GD⁷1; A8144);

[...] il y a peut-être trois ans, on a un peu retravaillé le stage et le travail de stage. On avait trouvé des articles justement de ce qui se faisait ailleurs en santé communautaire sur ce genre de modèle là et il y avait des cliniques de soins infirmiers qui recevaient des étudiantes et tu dis : « wow, on est à des années-lumière quand même de ça [...] » (GD1; T2141).

D'ailleurs, les participantes ont rapporté que les principaux modèles étant utilisés par le milieu clinique et universitaire de cette étude sont le modèle du préceptorat et de groupe. Les extraits suivants illustrent ces propos : « Je vois passer tous les stages qui viennent ici puisqu'on les accepte. Autant les stages de groupe du cégep que les stages en préceptorat de l'UdeM que les stages en groupe de l'UdeM. » (GD1; A8144); « Modèle de préceptorat en 2e et 3e années et modèle avec moniteur de stage en 1 re année. » (EI; L2416). Ces différentes données confirment que le modèle de l'UCA n'est pas actuellement utilisé dans le contexte québécois. Ainsi, certains professionnels de la santé pourraient avoir une incompréhension du modèle de l'UCA. Par exemple, une participante a mentionné qu'il est actuellement difficile de recruter des préceptrices pour les stages, ce qui porte à croire qu'il pourrait être difficile de trouver des personnes qui acceptent d'accompagner les étudiantes dans une UCA : « Ça va être un gros défi parce qu'actuellement on a quand même de la difficulté à recruter des précepteurs. » (GD1; R1142). Toutefois, il est à noter que, dans une UCA, toutes les infirmières sont appelées à jouer le rôle de préceptrices et qu'il n'y a pas de recrutement de préceptrices.

Doutes et incertitudes des professionnels de la santé concernant le modèle de l'UCA.

Un autre facteur contraignant à l'implantation d'une UCA est que les professionnels de la santé de cette étude ont plusieurs doutes et incertitudes concernant le modèle de l'UCA, ce qui peut rendre plus difficile l'implantation de celui-ci. Ces doutes et incertitudes se situent tout

⁶ EI indique entrevue individuelle

⁷ GD indique groupe de discussion

d'abord au niveau des critères opérationnels d'une UCA. Les professionnels de la santé se questionnent en effet sur des éléments clés d'une UCA, notamment les rôles spécifiques et la préparation des acteurs clés de l'UCA ainsi que l'horaire des stages des étudiantes. Premièrement, certaines participantes se sont interrogées sur le caractère obligatoire de l'encadrement des étudiantes par toutes les infirmières. Elles se sont interrogées à savoir si les infirmières cliniciennes et techniciennes allaient devoir accepter d'accompagner les étudiantes en stage, et ce, peu importe le nombre d'années d'expériences qu'ont ces infirmières. Les extraits suivants soutiennent ces propos : « [...] à qui est-ce que ça revient? Est-ce qu'on va l'imposer aux infirmières? Qu'elles soient bachelières ou techniciennes [...] » (EI; P3513); « [...] est-ce que forcément même si la débutante a un patient qui semble intéressant, mais qu'elle-même est encadrée par les plus anciens, est-ce que l'étudiante de l'université va être avec la débutante? » (EI; U6816). Ensuite, une participante s'est questionnée quant au rôle des différents professionnels de la santé engagés dans une UCA : « Je pense plus à la relation professionnelle [...], qui fait quoi et comment se partage-t-on les tâches? [...] » (GD2; B5232). Plus spécifiquement au rôle des étudiantes dans une UCA, les participantes se sont interrogées sur le niveau d'autonomie des étudiantes, tel qu'illustré dans les extraits suivants : « [...] c'est beau sur papier, mais ok l'étudiante va arriver, est-ce qu'elle va agir en totale autonomie? [...] » (EI; L2416); « [...] après combien de temps l'étudiante pourrait-elle avoir deux patients ou trois? [...] est-ce qu'elle devra travailler comme une infirmière à la fin? [...] » (EI; U6816).

Deuxièmement, quant à la préparation des acteurs clés pour l'UCA, les participantes se sont questionnées face au fonctionnement de l'évaluation des étudiantes dans une UCA étant donné que, dans ce modèle, les étudiantes sont supervisées par plusieurs professionnels de la santé. Voici des exemples de questionnements ayant émergé : « [...] qui va faire l'évaluation [...], on est plusieurs à prendre en charge l'étudiante, comment on va l'évaluer? » (GD2; F7233);

Je ne sais pas comment les étudiantes vont être évaluées lorsqu'elles vont être sur l'unité. Je n'ai aucune idée, parce que c'est plusieurs personnes qui vont s'en occuper. Je ne sais pas quel genre d'évaluation ça va avoir l'air, mais est-ce que ça va se faire en équipe? (EI; W5715).

Concernant la préparation des acteurs clés pour l'UCA, les participantes ont eu des questionnements quant aux critères de sélection de l'unité et des étudiantes, comme ces extraits en témoignent : « Pourquoi nous on n'a pas été choisi? Pourquoi ce département-là a-t-il été choisi, mais pas, nous? Je me demande au niveau relation, à l'interne, comment ça va se gérer. » (EI; L2416); « Quels seront les critères de sélection là? » (EI; P3513); « Est-ce que c'est des étudiantes de première année? Est-ce que c'est des étudiantes de deuxième année, de troisième année? Je me demande quel est votre critère pour choisir les étudiantes. » (EI; L2416).

Troisièmement, en ce qui concerne les questionnements portant sur l'horaire des stages des étudiantes, les participantes se sont interrogées en ce qui a trait au quart de travail des étudiantes, comme l'indique le verbatim de ces participantes : « Le quart de travail? Est-ce qu'elles seraient toujours de jour? [...] » (GD3; E1322); « Est-ce que c'est obligé d'être de jour? » (EI; F7233).

Finalement, les professionnels de la santé ont eu des questionnements sur la valeur ajoutée du projet de l'UCA en ce qui a trait aux infirmières, aux patients et à l'organisation. Voici des exemples de questionnements au sujet de la valeur ajoutée du projet pour les infirmières : « Ok, je vais faire ça, mais qu'est-ce que, moi, j'ai à gagner là-dedans? » (EI; O4614); « Est-ce que la chef va récompenser les infirmières dans le projet? » (EI; L2416). En ce qui concerne la valeur ajoutée du projet pour les patients, une participante s'est préoccupée de l'influence qu'aurait l'UCA sur la qualité des soins:

Est-ce que l'impact va avoir lieu sur la qualité des soins? Parce qu'on a le patient au cœur de notre pratique. On forme des étudiantes pour qu'elles donnent des soins de qualité à des patients. Le patient au bout de la ligne, est-ce que c'est un plus ou pas de plus? Je pense qu'il faut que ça fasse partie de notre questionnement (EI; L2416).

La valeur ajoutée du projet de l'UCA pour l'organisation, quant à elle, fut interrogée par une participante : « Est-ce que cette unité sera déchargée? Moins de patients? » (EI; L2416); « Qu'est-ce que ça donne comme coût versus ce qu'on gagne? » (EI; L2416). Il est donc possible de constater que, lors des entrevues individuelles et de groupes, les participantes ont ressorti plusieurs doutes et incertitudes concernant l'UCA.

Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA

Ce thème comprend l'absence d'expérience d'un stage avec un superviseur de l'université qui n'est pas toujours dans le milieu clinique; la surcharge de travail dans le milieu clinique et universitaire; le déménagement de l'unité, le changement des membres de l'équipe de soins, l'implantation d'un nouveau programme universitaire ainsi que les caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA.

Absence d'expérience d'un stage avec un superviseur de l'université qui n'est pas toujours dans le milieu clinique. Un élément contraignant est le fait que le modèle de l'UCA adhère à certains principes du modèle avec superviseur de stage de l'université dans lequel celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion sur l'unité dans le but principalement d'accompagner et d'évaluer les étudiantes en stage. Étant donné que, depuis l'agrément en 2009, l'UdeM n'utilise plus le modèle avec un superviseur de stage de l'université qui va évaluer les étudiantes, ce facteur pourrait ainsi contraindre l'implantation d'une UCA. Les réponses des participantes présentées ci-après appuient ce propos :

Parce que, dans le projet de la Colombie-Britannique, on faisait affaire surtout avec un superviseur de stage. Or nous on a eu l'agrément et l'on a suivi les recommandations de l'agrément. Et l'on ne fait plus ça. On a aussi des obligations ministérielles et d'agrément donc on ne peut pas aller au-delà des recommandations de l'agrément. L'agrément a changé cette façon-là de faire, mais le projet, c'est à peu près ça, peut-être pas tout, mais il y a une pointe qui ressemble un peu à ça. (EI; L2416);

On ne fait plus ça, depuis, 2009 à la suite de l'agrément qui nous avait vraiment fortement recommandé d'enlever ce mode d'encadrement là parce qu'en triade comme ça on ne rend pas justice à l'étudiante dans le fond. (GD3; V1321).

Surcharge de travail dans le milieu clinique et universitaire. La charge de travail actuelle dans les milieux de soins et universitaires est un élément pouvant être contraignant à l'implantation d'une UCA. En effet, il pourrait être possible que les infirmières n'aient pas de temps à accorder aux étudiantes ou qu'elles n'aient pas envie de participer à ce changement, comme indiqué par ces participantes : « On vit toute une surcharge puis on n'a pas le goût de changer. » (EI; L2416); « Les charges de travail sont épouvantables et, j'imagine, si l'étudiante arrivait dans ce contexte-là, bien elle serait envoyée d'une à l'autre parce qu'il n'y a pas de temps à lui accorder à cette étudiante-là. » (GD3; V1321). De plus, l'accompagnement des étudiantes en stage apparaît comme une charge de travail supplémentaire. Plusieurs infirmières

qui ont participé aux entrevues individuelles ont souligné cet élément, tel que l'indiquent les extraits suivants : « C'est une autre réflexion, c'est une charge de travail aussi [...] » (EI; P3513); « Prêt à avoir cette façon-là, cette surcharge-là, cette responsabilité-là [...] » (EI; L2416). Pour ce qui est du milieu universitaire, une participante d'un groupe de discussion a indiqué que le facilitateur de l'université aura possiblement une surcharge de travail, lorsque l'UCA sera implantée :

Peut-être que, la coordonnatrice, elle va déborder un peu au début de questions. Il faudrait qu'elle sache la personne de l'université qu'elle risque peut-être d'être solliciter un petit peu plus qu'elle pense, celle qui va venir faire un tour une fois par semaine. (GD2; B5232).

Déménagement de l'unité, changement des membres de l'équipe de soins. Les participantes ont énoncé que les transformations dans le milieu de soins, tels que le déménagement de l'unité et le changement des membres de l'équipe de soins, pourraient être des éléments nuisibles au projet de l'UCA. En effet, voici des réponses qui ont été fournies par les participantes : « Le gros défi, il s'en vient, c'est le déménagement. » (EI; W5715); « [...], mais à toute les fois qu'il va y avoir des grosses transformations d'équipe, ça sera toujours un défi. » (GD1; A8144). Dans un même ordre d'idée, une participante a énoncé que les transformations organisationnelles peuvent constituer un défi pour les étudiantes d'une UCA étant donné qu'au sein de ce modèle, les étudiantes ont davantage d'autonomie. Voici le verbatim de cette participante :

Donc à toute les fois qu'il va y avoir des grosses transformations que ça soit dans la manière de travailler que ça soit physiquement de déménager, toutes les transformations que l'équipe vont vivre vont amener un défi au niveau de l'étudiante ou du groupe d'étudiantes qui va être un peu abandonné. (GD1; A8144).

Implantation d'un nouveau programme universitaire. Au niveau universitaire, l'implantation du nouveau programme prévu en 2017 pourrait être un élément défavorable à l'implantation de l'UCA. Une participante a mentionné cette transformation : « Et il ne faut pas oublier que nous avons le nouveau programme qui est en janvier 2017. » (EI; L2416); « Parce que là le changement c'est dans moins d'un an. Ça s'en vient, nous aussi on vit des changements, le réseau vit des changements. » (EI; L2416).

Caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA. Selon les participantes, certains critères de sélection d'une unité et des professionnels de la santé ne sont pas favorables à l'implantation d'une UCA. La résistance au changement des professionnels de la santé en fait partie. En effet, une participante de l'étude a mentionné qu'il pourrait être contraignant de choisir une unité où il y a une résistance au changement des infirmières. Cette participante est d'avis que la résistance au changement est plus fréquente chez les infirmières ayant plus d'expérience, tel que décrit dans cet extrait : « J'aurais peur dans une unité vraiment de la résistance surtout des infirmières qui sont là depuis longtemps et ce n'est pas une guerre que je mène là. » (EI; L2416).

De plus, il pourrait être nuisible de cibler une unité au sein de laquelle un roulement fréquent des membres de l'équipe de soins est noté, tel que le soutiennent les extraits suivants : « S'il y a un énorme roulement des infirmières, bien là ça peut être problématique. » (GD2; Y8231); « Si c'est une équipe qui change de chef, et de direction de soins infirmiers, et tout ça là, on ne peut rien implanter. » (EI; L2416). En outre, il serait défavorable de choisir une unité où il y a beaucoup d'étudiantes, tel que l'indique cette participante :

Bien, je pense qu'il faut faire attention à la quantité. S'il y a trop de monde sur l'unité, s'il y a trop d'étudiantes sur l'unité que ça soit là d'un modèle de stage ou d'un autre, je pense que ça pourrait nuire à ce projet-là. (GD2; Y8231).

Aussi, il serait défavorable de sélectionner une unité où les membres de l'équipe de soins ne travaillent pas déjà en interdisciplinarité, car les étudiantes pourraient avoir de la difficulté à s'intégrer et à se sentir à leur place dans cette unité, comme décrit par cette participante :

[...] les filles sur les unités de pédiatrie ne travaillent pas en soins globaux, donc elles sont moins proches des médecins, de l'équipe médicale, de l'équipe de professionnels. Donc déjà là va falloir, je crois, que ça soit instauré pour pouvoir permettre aux étudiantes de justement se sentir à leur place aussi parce que les infirmières elles-mêmes, elles ont de la misère à se sentir à leur place devant un médecin et devant les professionnels sur les unités de pédiatrie. Présentement, c'est en train de se travailler, mais si l'on veut emmener l'étudiante à faire partie de l'unité, de l'équipe professionnelle et des médecins, bien va falloir que les infirmières commencent par le passer ce bout de montagne là avant d'embarquer une étudiante qui va rentrer dans ce moule-là, moi, je pense. (EI; W5715).

De plus, la faible implication des membres de l'équipe de soins est considérée, par les participantes, comme un élément contraignant à l'implantation d'une UCA. Une participante a d'ailleurs évoqué : « Ça va être un gros défi ça d'aller chercher l'engagement de tout le monde. » (GD1; R1142). En effet, une participante est d'avis que les membres de l'équipe de soins pourraient être tentés de prioriser leur routine de travail à l'apprentissage des étudiantes, comme le souligne l'extrait suivant :

Des fois aussi ce que l'on voit c'est que l'équipe va un peu prioriser, je ne sais pas si je peux dire son confort ou sa routine plutôt que de prioriser l'apprentissage ou la consolidation des nouvelles qu'on a. Ça nous on va le voir, donc ça, je pense que c'est une question aussi à se poser. (GD1; I0143).

En outre, certains professionnels de la santé pourraient préférer et décider de ne pas s'engager en raison d'un manque d'intérêt à l'égard du préceptorat. D'ailleurs, une participante a indiqué que certaines personnes préfèrent s'engager dans la recherche plutôt que dans l'accompagnement des étudiantes. En guise d'exemples, voici des réponses fournies par les participantes : « Il y en a d'autres que non pas du tout et qu'elles aiment mieux aller dans d'autres choses comme dans la recherche. » (GD1; R1142); « Parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas faire du préceptorat. » (EI; P3513); « Oui, puis il y en a qui ne seront pas intéressés. Il faut être honnête là, il y a des infirmières qui ne le seront pas. » (GD2; F7233). De plus, certains professionnels de la santé détiennent des compétences limitées à l'égard du préceptorat et peuvent être portés à ne pas s'engager auprès des étudiantes, comme l'indiquent les citations suivantes : « Il y a des infirmières, tu le sais, elles sont stressées parce qu'elles ne sont pas capables de répondre. » (EI; W5715); « Et il y a des préceptrices qui ne sont pas toujours pédagogiques » (GD3; V1321); « [...] et il y en a qu'ils n'ont vraiment pas les aptitudes pour ça non plus. » (GD1; R1142).

Préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagé de l'étudiante dans une UCA

Ce thème englobe les inconvénients perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices, la responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences ainsi que les incertitudes quant au potentiel d'apprentissage des étudiantes dans l'UCA.

Inconvénients perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices. Les participantes ont énoncé qu'un élément contraignant perçu à l'implantation de l'UCA est la responsabilité partagée de l'étudiante. En effet, dans l'UCA, l'étudiante n'est pas affectée à une préceptrice, mais plutôt à une unité. Ainsi, les professionnels de la santé de cette étude ont exprimé une crainte concernant cette responsabilité partagée de l'étudiante puisque, selon elles, personne ne se sentirait responsable de l'étudiante : « Moi, je pense au niveau de la responsabilité. Je pense que vu que la prise en charge et le soutien viennent de toute l'équipe, le risque pour moi c'est que ça soit la responsabilité d'un peu personne. » (GD1; R1142);

L'autre point aussi c'est que ça pourrait peut-être apporter qu'étant donné qu'il n'y a pas une personne en particulier qui est responsable donc tout le monde s'en lave les mains, dans le sens que l'étudiante, elle arrive, mais bon personne ne s'en occupe vraiment parce qu'elle n'est à personne. (GD3; V1321).

Ensuite, le suivi par plusieurs préceptrices pourrait nuire aux apprentissages de l'étudiante étant donné que, dans l'UCA, l'étudiante doit répartir ses énergies, entre autres, sur la collaboration intra et interprofessionnelle. En effet, une participante a indiqué ceci :

Ça met une pression énorme sur les épaules de l'étudiante. Elle doit s'habituer à chacune des personnes qu'elle va côtoyer et ça nécessite un degré d'adaptation ou une énergie d'adaptation qui est grand et qu'elle ne peut pas mettre cette énergie-là tout de suite à apprendre parce qu'il faut qu'elle comprenne comment l'autre fonctionne avant. Il va y avoir un lien de confiance qui va s'établir naturellement entre les deux et ça si elle fait le tour de tout le monde, c'est un biais ou une difficulté que je vois. (GD3; E1322).

Un autre élément mentionné par les participantes comme étant contraignant à l'implantation d'une UCA est l'expérience limitée de certaines préceptrices quant à l'accompagnement d'une étudiante en stage. En effet, dans une UCA, toutes les infirmières sont appelées à jouer le rôle de préceptrices. Il est donc possible que certaines infirmières soient appelées à exercer ce rôle de préceptrices pour la première fois. Les infirmières débutantes en préceptorat pourraient ressentir de l'insécurité concernant leur rôle de préceptrice et elles pourraient se questionner sur leur capacité à offrir un accompagnement de qualité aux étudiantes. Voici quelques propos mentionnés par des participantes : « Un petit peu aussi qu'est-ce que j'appréhende un peu c'est plus les infirmières qui n'ont jamais fait de stage. Je pense que ça va les insécuriser pas mal d'avoir quelqu'un avec eux autres. » (EI; W5715);

C'est sûr qu'il y a des infirmières qui ont beaucoup plus d'expérience. Elles savent comment plus ou moins encadrer quelqu'un pour que ce soit, favorable à son apprentissage. Mais je me dis, moi qui n'ai pas d'expérience de ce côté-là, comment je peux être outillé pour pouvoir donner la même qualité que quelqu'un qui a quand même des années d'expérience. (EI; O4614).

De plus, une participante a indiqué que la rétroaction et l'évaluation seraient des éléments plus difficiles pour les infirmières débutantes en préceptorat : « Il y a beaucoup le côté évaluation, je pense que ça va stresser les filles. Évaluer quelqu'un, ça c'est beaucoup stressant. » (EI; W5715); « Donner du feedback à quelqu'un, du bon feedback et amener les étudiantes un petit peu plus loin ça aussi il y a beaucoup de travail à faire. » (EI; W5715).

Par ailleurs, certaines participantes ont exprimé une autre crainte concernant le suivi par plusieurs préceptrices, soit celle que les difficultés présentées par l'étudiante ne soient pas ressorties, comme dans ces réponses :

[...] ça pour moi c'est un grand risque quand ça ne va pas bien. Je pense que dans beaucoup d'équipes, les infirmières ont de la difficulté à le dire quand je pense encore au préceptorat, on veut toujours être les porteurs de bonnes nouvelles que tout aille bien donc même des fois quand il y a une personne responsable, ça peut être long avant qu'on ait des faits qui nous montre que la personne est en difficulté. [...] donc, ça, c'est un défi d'avoir cette information-là quand il y a des difficultés qui sont identifiées. (GD1; R1142).

Et surtout que de vrais défis soient ressortis et que tout le monde puisse se parler pour être sûr que s'il y a une difficulté quelle qu'elle soit, elle soit adressée soit à la personne elle-même et que ça ne reste pas en dessous sous le radar. (GD2; B5232).

En réplique à ce dernier verbatim, une participante a énoncé son désaccord. Ayant vécu un modèle similaire à l'UCA, cette participante est plutôt d'avis qu'il est possible d'identifier les difficultés de l'étudiante même si le suivi de celle-ci se fait par plusieurs préceptrices:

[...] je comprends ces inquiétudes là, mais en même temps, j'ai l'impression qu'on vit ce genre de modèle là puis ça fonctionne quand même assez bien. On est capable, quand même, de noter quand il y a des difficultés spécifiques et quand qu'il y a des difficultés importantes j'ai l'impression qu'on est capable de les adresser. (GD2; Y8231).

Ainsi, concernant ces propos, quant aux difficultés des étudiantes, l'étudiante-chercheuse a noté la pensée suivante dans son journal de bord :

Ces extraits nous démontrent la divergence d'opinions en lien avec l'identification des difficultés que l'étudiante pourrait avoir, lors de son stage dans une UCA. Il est

intéressant de constater que pour une participante qui a vécu un modèle similaire l'identification des difficultés de l'étudiante n'apparaît pas comme un facteur contraignant à l'implantation d'une UCA. (Notes d'observation, avril 2016).

Toujours au sujet du suivi par plusieurs préceptrices, plusieurs participantes de l'étude ont indiqué que l'évaluation de l'étudiante dans l'UCA pourrait être un facteur contraignant à l'implantation d'une UCA. Plusieurs participantes sont en effet d'avis que, dans ce modèle, il pourrait être difficile d'offrir une évaluation juste à l'étudiante, étant donné que celle-ci aurait plusieurs préceptrices. En voici des exemples : « Si l'on veut que l'évaluation reflète vraiment les capacités ou les compétences de l'étudiante, je pense qu'il faut que ça soit vraiment très bien fait [...] » (GD1; R1142);

C'est l'envers de la médaille dans le fond, c'est de voir comment on peut vraiment bien évaluer cette étudiante-là, si elle est dix jours en stage et sur les dix jours elle va avoir eu, mettons, six personnes différentes [...] quand c'est une même personne on la voit cette progression-là, les améliorations et l'on sait où est-ce qu'elle est rendue parce que l'on compare l'étudiante à elle-même. Si l'on n'est pas témoin de tout ça, comment va-t-on être capable de vraiment bien évaluer cette personne-là à sa juste valeur? (GD3; V1321).

Aussi, certaines participantes sont d'avis qu'étant donné qu'il y a plusieurs préceptrices dans l'UCA, il pourrait être difficile d'offrir à l'étudiante une évaluation complète, tel qu'en témoignent les citations suivantes : « Et que l'évaluation aussi soit le plus globale possible s'il y a plusieurs personnes d'impliquées [...] » (GD1; T2141); « [...] c'est sûr que ça ne sera peut-être pas une évaluation autant en profondeur que si l'on était avec une personne tout le temps la même pendant quelques semaines [...] » (GD2; Y8231). De plus, l'évaluation de l'étudiante pourrait varier en fonction de la personne appelée à l'évaluer, comme indiqué dans les citations suivantes : « Les attentes peuvent être nuancées d'une personne à l'autre et ça, c'est un biais déjà. » (GD3; E1322); « Il y a une étudiante qui va passer à 90 et l'autre à 60 parce que son infirmière est exigeante. Il faut que ça soit juste pour les étudiantes aussi, je pense. » (EI; P3513). Finalement, concernant l'évaluation, grâce à son expérience personnelle, une participante était d'avis que l'évaluation des étudiantes dans le modèle de l'UCA peut fonctionner :

C'est un modèle que je trouve qui ressemble beaucoup à ce qu'on utilise en médecine [...] l'idée de répartir la tâche sur plusieurs personnes et de ne pas avoir une personne spécifique qui est attribuée à l'évaluation et à l'apprentissage d'un externe, bien en fait

d'une étudiante en soins infirmiers, disons, dans ce contexte-là, moi, je trouve que c'est quelque chose qui peut fonctionner finalement. (GD2; Y8231).

À la suite des groupes de discussion, l'étudiante-chercheuse et l'observatrice externe ont eu un débriefing. Voici ce qui est ressorti au sujet de l'évaluation dans une UCA :

Nous avons trouvé très intéressant de voir qu'une participante, ayant déjà expérimenté un modèle similaire à l'UCA, a mentionné qu'il était possible d'évaluer les étudiantes dans ce type de modèle. Cela dit, nous avons considéré les inquiétudes des autres participantes et nous nous sommes demandé : « quelle serait la meilleure façon de procéder pour évaluer les étudiantes dans une UCA? » (Notes d'observation, avril 2016).

Responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences. Une participante de l'étude a indiqué que l'autonomie des étudiantes dans le choix des patients pourrait nuire aux apprentissages des étudiantes et, par le fait même, au développement des compétences de l'étudiante. En effet, dans le modèle de l'UCA, l'étudiante choisit les patients avec qui elle sera appelée à travailler en fonction de ses besoins d'apprentissages, ce qui pourrait nuire aux apprentissages de l'étudiante étant donné que celle-ci pourrait négliger certains aspects qui l'intéressent moins, comme mentionné dans la citation suivante :

Il y a aussi l'idée que souvent si c'est nous-mêmes qui nous fixons nos objectifs on a des intérêts dans certains domaines et il y a d'autres domaines qui nous intéressent moins, mais je pense que quand on est en formation initialement on se doit quand même d'explorer tous les domaines, même ceux dans lesquels on se sent le moins à l'aise. En fait peut-être qu'on a moins d'intérêt parce qu'on se sent moins à l'aise parce qu'on devrait justement plus développer ou plus perfectionner certains domaines. Alors si c'est toujours l'étudiante qui choisit ou qui identifie ses objectifs, il peut y avoir des lacunes dans certains domaines qui vont se créer finalement. (GD2; Y8231).

Incertitudes quant au potentiel d'apprentissage des étudiantes dans l'UCA. Plusieurs participantes ont énoncé que, dans le cadre du modèle de l'UCA, il serait préférable que les étudiantes de première année ne soient pas sélectionnées, étant donné leurs connaissances limitées à l'égard du rôle élargi de l'infirmière, réduisant par le fait même leur autonomie d'apprentissage. Les citations suivantes soutiennent ce facteur contraignant à l'implantation d'une UCA:

Bien, je pense qu'elles ne savent même pas c'est quoi être une infirmière dès la première année. C'est difficile de connaître c'est quoi le rôle, ce qu'elle a à faire, de se connaître au niveau professionnel, je ne suis pas sûre qu'elles sont prêtes. (GD1; R1142);

[...] ça ne peut pas être un modèle qui s'applique à des étudiantes de première année parce que les étudiantes de première année ne comprennent pas encore c'est quoi le rôle de l'infirmière. Elles comprennent à peine à la fin de la première année après trois stages là. Alors de savoir qu'est-ce qu'elles doivent savoir pour faire leurs stages donc d'avoir cette autonomie-là de dire : « Ok moi, j'ai besoin d'aller saisir telle affaire donc je vais choisir tel patient » et je ne sais même pas qu'est-ce que ça fait une infirmière, on part de trop loin là. Alors ça, pour moi c'est un gros handicap au modèle. (GD3; E1322).

Ensuite, selon les participantes, certains traits de personnalité possibles de rencontrer chez les étudiantes sont défavorables à l'UCA, notamment la timidité: « [...] qui est timide ou (GD3; V1321) personnalité et/ ou bien revendicatrice ou bien argumentatrice ou bien tout ça, bien il n'y a pas personne qui va vouloir l'avoir et ça se sent assez vite. » (GD3; E1322). Une étudiante présentant des difficultés universitaires pourrait être un facteur nuisible au sein d'une UCA, comme le soutient la discussion suivante: « C'est ça, verrais-tu l'étudiante toute timide qui a de la difficulté à s'impliquer? (GD3; V1321) Ou qui a de la difficulté pédagogique là. » (GD3; E1322).

Finalement, dans l'optique d'une implantation de l'UCA sur une unité pédiatrique, une participante mentionne qu'il pourrait se révéler désavantageux de sélectionner des étudiantes n'ayant aucun intérêt pour cette clientèle spécifique : « Et il y a des étudiantes qui ne sont pas attirées par une clientèle pédiatrique. Je pense c'est un élément qu'il faut mettre en avant aussi là.» (EI; L2416).

Facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA

Adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois

Lors des groupes de discussion et des entrevues individuelles, les participantes de l'étude ont indiqué l'inadaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois. Parallèlement, en référence à ce qui était contraignant, les participantes ont abordé l'adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois. Ce thème comprend quatre sous-thèmes : modifications possibles de l'UCA durant sa mise en œuvre et une fois l'implantation réalisée, formation des infirmières et des professionnels de la santé des autres professions quant à l'UCA, informations données aux étudiantes à l'égard de l'UCA ainsi qu'utilisation d'outils pour l'UCA.

Modifications possibles de l'UCA durant sa mise en œuvre et une fois l'implantation réalisée. Au sujet des facteurs contraignants à l'implantation d'une UCA, les participantes de cette étude ont émis diverses suggestions quant aux éléments clés d'une UCA pouvant être modifiés afin de faciliter l'implantation de ce type d'unité. Premièrement, certaines participantes ont suggéré que le modèle de l'UCA soit combiné à d'autres modèles de stage: « Peut-être que l'idéal, c'est de combiner, disons, les différents stages, comme ça tu as aussi la possibilité d'avoir une évaluation plus en profondeur, mais je pense que c'est quand même un genre de stage qui a ses points forts aussi. » (GD2; Y8231); « Si l'on pense à d'autres modèles, qui existent en enseignement dans d'autres professions. Le fait de mettre des personnes plus novices avec des plus avancés dans leur cursus de formation, genre des premières années avec des troisièmes années [...] » (GD1; A8144).

Deuxièmement, en ce qui a trait aux facteurs contraignants, les participantes se sont interrogées à savoir si les infirmières cliniciennes et techniciennes allaient devoir accepter d'accompagner les étudiantes en stage. Ainsi, une participante soutient qu'il serait souhaitable de prévoir certaines options pour les infirmières refusant de jouer le rôle de préceptrice auprès des étudiantes :

Et va falloir quand même prévoir des options. Si quelqu'un nous dit : « bien non-moi je ne m'engage pas là-dedans, j'en ai assez de m'occuper de mes patients. » Je ne sais pas ce que l'on fait avec ça. (GD1; R1142).

Troisièmement, au sein du modèle de l'UCA, la présence régulière du facilitateur de l'université sur l'unité joue un rôle important. Les participantes de cette étude sont d'avis que le rôle et les fonctions de cette personne doivent être déterminés durant la période pré stage :

Bien, on entend tout ça et il va falloir trouver des solutions. [...] on avait des superviseurs de stage avant 2008 et c'était une façon de fonctionner. Maintenant avec le préceptorat, c'est plus l'infirmière qui prend en charge, l'évaluation, l'accompagnement. On est là, quand même, mais là vu que c'est une autre façon de fonctionner, le rôle de chacun sera à préciser pour que ça soit constant jusqu'à la fin et que ça concorde avec toutes les visions ou toutes les réflexions, enlignements qu'on s'était donnés. (GD1; T2141).

D'une part, une participante énonce qu'il serait souhaitable que le facilitateur, lequel est responsable d'évaluer l'étudiante dans l'UCA, provienne du milieu clinique :

Et la superviseuse, dans votre façon de faire devrait venir du milieu, connaître le milieu et le fonctionnement pour éviter certains biais, des manques étant donné qu'il y aura plusieurs personnes qui vont évaluer les étudiantes. (GD3; V1321).

D'autre part, une participante soutient que l'évaluation devrait être réalisée autant par le milieu clinique que le milieu universitaire :

Non, moi, je dis qu'il faut que l'université fasse une évaluation. Parce qu'au final c'est votre étudiante, c'est vos critères, mais je pense que les infirmières doivent aussi avoir à évaluer les étudiantes. Même une évaluation écrite. Les infirmières se rencontrent et évaluent ensemble. (EI; U6816)

Quatrièmement, divers éléments de l'UCA pourraient être modifiés au cours de la mise en œuvre de ce modèle, notamment la charge de travail des infirmières, la durée du stage, le quart de travail pour le stage, l'ajout d'une prime pour les infirmières techniciennes qui accompagneront les étudiantes en stage et l'accumulation d'heures de formation accréditées pour les infirmières qui participeront à l'UCA. Voici quelques exemples qui soutiennent ces propos : « Le fait d'être libéré, ou d'avoir moins de patients ou d'avoir une charge moins importante de patient [...], mais ça peut donner le goût à des infirmières d'avoir des étudiantes. » (EI; P3513); « que les techniciennes aient une prime, ça va être important. » (EI; P3513); « Acquérir des heures de formations. Comme ça, ça rend ça un peu plus intéressant. » (EI; O4614); « Bon je choisirais aussi un peu les profils, un stage qui est d'une durée assez longue aussi. » (GD3; V1321);

Je pense que s'il y a possibilité d'apporter quelque chose au point de vue de l'enseignement, des apprentissages, de la formation et de la reconnaissance pour que les membres de l'unité aient l'impression que ça apporte un plus à l'équipe. (GD1; I0143);

Je me mets dans l'esprit que ce stage-là pourrait être de jour, de soir, de nuit, les contextes sont différents si l'on veut aller chercher quelque chose de particulier, il faudrait mettre le quart de travail où cette particularité-là est la plus grande ou la plus disponible pour pouvoir permettre ça à l'étudiante (GD3; E1322).

Finalement, les participantes sont d'avis qu'il serait favorable d'apporter, au besoin, des modifications à l'UCA une fois l'implantation terminée, comme indiqué dans les propos suivants : « Et si l'on voit au fur et à mesure qu'il y a des besoins qui surgissent bien qu'on soit capable justement de fournir davantage ou d'ajuster. » (GD1; T2141);

Une fois qu'on aura commencé le projet, si l'on trouve de petits pépins ou des choses qu'on n'avait pas pensé, mais dans le feu de l'action on trouve qu'il y a des choses qui devraient être changées, qu'on ait la possibilité qu'on ait une ouverture de votre part pour vous le dire, et qu'on s'en reparle soit pour l'ajuster ou le changer [...] (EI; U6816).

Formation des infirmières et des professionnels de la santé des autres professions quant à l'UCA. Tout d'abord, un des facteurs facilitants identifiés est l'information de tous les membres de l'équipe de soins quant au projet UCA étant donné que ceux-ci auront tous un rôle à jouer. Voici quelques réponses des participantes permettant d'appuyer le fait que l'ensemble de l'équipe devrait être informé :

Mais c'est sûr qu'au départ il faut qu'il y ait une bonne information. Peut-être qu'il ne sera pas possible de voir 100% de l'équipe, mais ça prend un gros pourcentage parce que sinon ça va être trop facile de dire : « bien je n'étais pas trop au courant, moi, je n'étais pas là » donc il faut s'assurer de voir la très vaste majorité de l'équipe. (GD1; I0143);

Je pense que les médecins doivent être au courant de cette nouvelle manière, de ce principe-là de travailler. Parce qu'ils vont travailler de plus en plus avec nous autres les infirmières, donc il faut qu'ils comprennent ça, comme nous autres on comprend un peu leurs situations quand qu'ils ont des résidentes et des externes, c'est la même chose. (EI; W5715).

Les participantes de l'étude ont suggéré des éléments qui devraient être abordés lors de la formation offerte aux membres de l'équipe de soins sur l'UCA : le modèle de l'UCA, les objectifs du stage et des étudiantes, les attentes de l'étudiante et des infirmières, la responsabilité de chaque acteur clé dans l'UCA et la façon d'accompagner les étudiantes en stage. En guise d'exemple, voici plusieurs propos soumis par les répondantes : « Bien, moi, je pense qu'il faut bien informer l'équipe sur les objectifs, dans quel cadre ça se passe. » (GD1; I0143); « [...] les attentes de part et d'autre. De l'infirmière et de l'étudiante. Quand on connaît les attentes, on peut se baser là-dessus [...] » (EI; P3513); « [...] un prototype de la façon de faire comme comment accueillir l'étudiante. Qu'est-ce que l'étudiante devrait déjà avoir maîtrisé? » (EI; O4614); « Former les filles, leur montrer jusqu'où elles sont responsables de l'apprentissage de l'étudiante. Elles ne sont pas obligées de tout savoir, mais le principal, c'est de leur montrer aux étudiants comment aller chercher [...] » (EI; W5715); « Si l'équipe connaît quels sont les objectifs d'apprentissage et qu'elle est informée sur comment accompagner les étudiantes, ça va faire en sorte que l'accompagnement de cette étudiante-là va

être beaucoup plus riche. » (GD3; E1322); « [...] un peu, d'expliquer le modèle ça serait intéressant que les gens puissent comprendre le modèle aussi. » (GD2; B5232).

Finalement, certaines participantes ont mentionné qu'il serait souhaitable que les infirmières aient une formation en préceptorat, principalement les infirmières n'ayant jamais fait de préceptorat: « La formation pour ceux qui n'ont jamais fait de préceptorat. Ça serait le plus important. » (EI; W5715);

Tout le monde doit savoir comment s'y prendre. Qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'il ne faut pas faire, comment évaluer l'étudiante? Juste enseigner, on n'est pas des enseignants là, mais juste une manière d'expliquer, ça pourrait aider, mais toutes les filles devraient avoir un petit cours de préceptorat [...] (EI; U6816).

Informations données aux étudiantes à l'égard de l'UCA. Les principales informations que les étudiantes devraient recevoir sont au sujet des attentes, des objectifs du stage et de l'évaluation, telles que le soutiennent ces propos : « Et l'on s'attend à quoi en tant qu'étudiante qui va aller sur une unité [...] » (EI; P3513); « Informer des objectifs du stage et des points sur lesquels les étudiantes vont être évaluées. » (GD3; E1322);

[...] dans la préparation des étudiantes qu'elles aient toutes ces explications : c'est quoi le projet, c'est quoi les unités, c'est quoi, les attentes qu'on a envers elle. Les prérequis de la communication seraient de bien exprimer ses besoins tout ça, d'avoir aussi clairement les attentes que l'on a par rapport au stage [...], c'est quoi, mes compétences que je dois développer [...] (GD1; T2141).

Utilisation d'outils pour l'UCA. Selon les participantes, il serait utile et bénéfique d'utiliser certains outils dans une UCA. Tout d'abord, il serait facilitant que les infirmières de l'unité aient des outils pour l'évaluation des étudiantes et le suivi des apprentissages de celles-ci : « On avait parlé beaucoup de l'évaluation, on avait parlé d'avoir de petits billets rapides. » (GD1; I0143);

[...] l'étudiante choisie une journée c'est elle, une journée c'est l'autre, une journée c'est l'autre, je pense qu'il y a besoin d'avoir un outil de communication vraiment important pour pouvoir suivre l'évolution de l'étudiante et savoir où elle est rendue [...] (GD3; V1321).

Les participantes ont également mentionné qu'il serait aidant d'avoir des outils leur permettant de connaître le niveau de connaissance des étudiantes: « [...] avoir au moins une grille pour savoir qu'est-ce que l'étudiante devrait savoir. » (EI; O4614);

Une liste de techniques de soin que les étudiantes ont le droit de faire. Parce que ça aussi des fois on se fie beaucoup sur les étudiantes. On veut leur faire faire des techniques de soin, mais elles ne sont pas toutes rendues au même niveau. (EI; P3513).

De plus, une participante a indiqué qu'il serait facilitant de détenir un document précisant le rôle et les responsabilités des personnes clés dans une UCA. Voici le verbatim qui appuie les propos de cette participante : « Tracer une liste de qui fait quoi, ça aussi c'est sécurisant pour les infirmières. » (EI; P3513).

Ensuite, en ce qui a trait aux étudiantes, les participantes sont d'avis que celles-ci devraient avoir un cahier préparatoire qui concerne l'unité et elles devraient remplir un journal d'apprentissages avant le stage, comme dit dans ces extraits : « Peut-être un petit cahier qui résume à peu près les diagnostics qu'on a le plus souvent. Je pense ça va les préparer un peu. Je pense que ça va être plus facile pour les étudiantes. Elles sauront à quoi s'attendre [...] » (EI; U6816);

Le journal d'apprentissage le premier, c'est vraiment de faire le bilan de leurs compétences donc de cibler c'est ou, dans le fond, que les étudiantes ont un peu plus de difficultés, qui veulent vraiment s'établir des objectifs d'apprentissages en fonction de ça donc déjà avant le stage elles ont à réfléchir sur qu'est-ce qu'elles veulent aller chercher dans le stage qui s'en vient donc je trouve que c'est une démarche qui va bien avec ce que vous voulez faire. (GD3; V1321).

Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA

En réponse au contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA, les participantes ont abordé le contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA. Ce thème comprend cinq sous-thèmes : accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage, personne ressource désignée pour soutenir l'unité ciblée pour l'UCA, encadrement et soutien offerts aux étudiantes de l'UCA, soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA ainsi que caractéristiques favorables des unités pour l'implantation d'une UCA.

Accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage. Il serait facilitant que les étudiantes reçoivent un accueil sur l'unité avant le début du stage, tel que mentionné dans cet extrait :

Je pense que l'accueil, de lui présenter tout le monde de dire qui sont les gens, le fonctionnement de l'unité donc d'avoir un accueil même si c'est juste pour une étudiante de planifier ça comme il faut va faire en sorte qu'elle va plonger beaucoup plus vite. Elle va être beaucoup plus efficace parce qu'elle va se sentir accueillie, faire partie du groupe déjà en partant. (GD3; E1322).

D'autres propositions ont été faites par les participantes quant à l'accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage. Notamment, les étudiantes pourraient bénéficier de quelques jours d'observation ou encore, elles pourraient commencer par suivre une étudiante ayant déjà vécu le modèle de l'UCA, tel qu'énoncé dans les extraits suivants : « [...] commencer par une observation et prendre un peu le pouls de l'équipe [...] » (GD2; F7233);

[...] suivre une autre étudiante par exemple une étudiante qui aurait comme fait ce genre de stage là l'année d'avant ou qui a déjà fait quelque stages comme ça [...] pour comprendre comment le stage fonctionne pour après ça le faire soi-même, peut-être pendant une journée ou deux, ça n'aurait pas besoin d'être long, mais ça serait une possibilité. (GD2; Y8231).

Personne ressource désignée pour soutenir l'unité ciblée pour l'UCA. Les participantes de l'étude ont mentionné qu'il serait pertinent de se doter d'une personne ressource pour les membres de l'équipe de soins de l'UCA afin que celle-ci puisse répondre à leurs questions. Voici quelques citations des participantes appuyant cette proposition : « [...] qu'il y ait une personne ressource pour moi, si je me questionne. » (EI; O4614);

[...] fournir des ressources justement si les membres du personnel de l'unité de soins ont des questions, qui l'on appelle ou comment on communique, pour qu'ils ne restent pas avec leurs questions longtemps et qu'ils ne puissent pas aller de l'avant. Moi, je pense que c'est des choses qui vont être importantes pour l'équipe. (GD1; I0143).

À propos de la personne ressource, certaines participantes sont d'avis qu'il devrait s'agir d'une employée de l'UdeM, tandis que d'autres sont d'avis que cette personne devrait être employée du CHU ciblé au sein de l'étude : « Bien c'est sûr que ça va prendre une personne ressource à appeler n'importe quand, qui est dans l'hôpital et si tu as une problématique avec une étudiante, il faut que tu réagisses rapidement. » (EI P3513);

D'avoir quelqu'un de référence de l'université là. S'il y a une problématique qu'on sache c'est qui qu'on doit rejoindre et quand est-ce qu'on peut la rejoindre et qu'elle soit facilement disponible (EI; W5715).

Concernant ces propos, l'étudiante-chercheuse a noté un questionnement dans son journal de bord : est-ce qu'il serait réaliste qu'il y ait une personne ressource du CHU de l'étude et de l'université? (Notes observation, avril 2016).

Encadrement et soutien offerts aux étudiantes de l'UCA. Bien que les étudiantes soient autonomes dans un contexte d'UCA, une participante a souligné l'importance de l'encadrement des étudiantes: « Peut-être un autre point aussi que je pense c'est au niveau de l'étudiante même, il va falloir qu'elle soit très bien encadrée. » (GD3; V1321). Également, selon une participante, il serait pertinent que les étudiantes bénéficient d'un soutien lorsqu'elles ont des questionnements, tel que l'indique cette citation : « [...] je pense que le soutien, c'est justement que les étudiantes puissent avoir des réponses à leur question autant que les membres de l'équipe. » (GD1; T2141). Il serait de plus souhaitable que les étudiantes soient soutenues à l'égard de certains éléments pouvant se révéler plus difficiles, notamment l'intégration à l'équipe médicale, tel qu'en témoigne la citation suivante :

C'est sûr que je pense qu'on devrait l'accompagner quand même une couple de jours. Et l'intégrer comme nous. Au fait par rapport à nous c'est qu'on aura un travail un petit peu plus à faire pour l'intégrer à l'équipe médicale. Parce que l'équipe médicale ne va pas connaître l'étudiante. C'est comme toute nouvelle infirmière là. (EI; U6816)

Soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA. Tout d'abord, il apparaît nécessaire que la direction des soins infirmiers du CHU ciblé pour l'étude appuie ce projet, comme indiqué par ces participantes : « [...] la direction doit soutenir ce genre de projet là pour qu'il soutienne l'équipe, je vois plus ça dans ce sens-là. » (GD1; T2141); « Il faut qu'on aille du support en haut là, il faut qu'on se sente supporté. » (EI; P3513). Aussi, il serait souhaitable de faire participer une personne d'influence de l'unité dans l'implantation d'une UCA, comme en témoigne la citation suivante :

Nommer une personne peut-être extérieure à l'unité pour implanter le projet ou encore nommer quelqu'un de l'unité qui est reconnue pour son leadership pour implanter ce projet-là. Qui est un leader, qui a un pouvoir d'influence sur le département, on pourrait retirer cette personne pour qu'elle implante ce projet-là. [...] on a même pris une infirmière parmi vous qui est reconnue pour ses qualités et qui est une *star*. Souvent, c'est une meilleure façon d'implanter un projet. Tu vas chercher ta *star* du département,

et c'est elle qui va implanter le projet, parce qu'elle n'aura pas de misère à vendre le projet. Elle a déjà un lien de confiance avec les infirmières sur le département, avec l'équipe. Elle a déjà une crédibilité, donc c'est assez vendeur. Souvent là on va faire ça. (EI; L2416).

Afin d'assurer un engagement des infirmières de l'unité, il serait facilitant de faire appel à des infirmières ayant un intérêt pour le préceptorat :

Je pense que ce qui faciliterait aussi c'est que ça soit des filles qui ont déjà fait du préceptorat qui vendent un petit peu le projet. Il y a des filles qui sont de l'hôpital, des filles qui adorent ça faire du préceptorat, et qui sont capables d'allumer les filles qui sont un petit peu réticentes je pense que ça l'aiderait beaucoup. (EI; W5715).

Ensuite, au niveau universitaire, il serait facilitant d'impliquer une coordonnatrice de stage dans l'équipe en vue de l'implantation de l'UCA, tel que le propose ce verbatim :

[...] le fait de rentrer une nouvelle coordonnatrice dans l'équipe qui vient de finir sa maîtrise je trouve que ça met un élément facilitateur parce que c'est du sang neuf et parfois la personne nous arrive avec des idées qu'on n'a pas vues. Oui un agent de changement qui vient d'arriver dans l'équipe, je trouve que ça serait un plus pour le projet. (EI; L2416).

À plus large spectre, une participante était d'avis qu'un soutien financier faciliterait l'implantation d'une UCA: « [...] que ce soit de la faculté ou encore de l'hôpital. » (EI; L2416). Cette même participante a également énoncé qu'il serait facilitant que l'OIIQ s'engage dans la mise en œuvre de l'UCA: « Je me demande si le comité relève jeunesse de l'OIIQ pourrait s'impliquer. Je lance ça comme ça, c'est des idées. Appuyer ce projet-là, parce que c'est vraiment la formation directe à la relève. » (EI; L2416).

Caractéristiques favorables des unités pour l'implantation d'une UCA. Tout d'abord, une participante a indiqué qu'il serait facilitant de choisir une unité où l'enseignement est mis en premier plan ou une unité étant déjà habituée à accueillir des étudiantes: « On est habitué à avoir des CEPI, des nouvelles CEPI, des groupes de stage. On prend le temps de les intégrer, on prend le temps de les accueillir. Donc, je pense, ce n'est pas un défi pour nous, on est habituée. » (EI; U6816); « Être une unité d'enseignement. » (EI; U6816).

Aussi, il a été indiqué dans les facteurs contraignants que le roulement fréquent des membres de l'équipe de soins pourrait être nuisible à l'implantation d'une UCA. En

contrepartie, la stabilité de l'équipe de soins pourrait se révéler être un facteur facilitant dans une UCA : « Je pense que la stabilité de l'équipe, la stabilité du personnel, ça serait à mon avis une bonne chose. » (GD2; Y8231).

De plus, il a été noté dans les facteurs contraignants qu'il serait défavorable de choisir une unité où les membres de l'équipe de soins ne travaillent pas déjà en interdisciplinarité. Ainsi, il serait préférable que l'unité en soit une où les membres de l'équipe de soins travaillent en interdisciplinarité, permettant ainsi à l'étudiante de s'intégrer plus facilement à l'équipe. En guise d'exemple, voici une réponse fournie par une participante : « C'est justement le fait que les équipes commencent à travailler en interdisciplinarité, je crois que ça va faire changer un petit peu, ça va aider un petit peu à l'intégration des étudiants là-dedans. » (EI; W5715).

Ensuite, il a été énoncé dans les facteurs contraignants qu'il serait défavorable de choisir une unité où les membres de l'équipe de soins ne sont pas engagés dans l'accompagnement des étudiantes en stage. Ainsi, l'engagement des membres de l'équipe de soins dans l'accompagnement des étudiantes en stage serait favorable à l'implantation d'une UCA. En effet, une équipe engagée faciliterait le développement des compétences des étudiantes comme en témoigne les propos suivants : « [...] je pense que si l'équipe décide de s'engager aussi et de vouloir avoir le développement de cette étudiante-là à cœur, je pense qu'il n'y aura pas de limite à qu'est-ce qu'elle va pouvoir apprendre. » (GD1; I0143); « Bien l'étudiante, elle n'est pas attirée à une infirmière, elle va plus aller prendre des situations qui pourraient l'enrichir au niveau de ses connaissances. » (EI; O4614); « [...] donc, ça va comme devenir une unité temporaire pour elle ou est-ce que je pense qu'elle va mieux apprendre, parce qu'elle va être intégré à toute l'équipe et pas juste au patient. » (EI; U6816). De plus, une participante était d'avis que la maturité de l'équipe influencerait l'engagement des membres de l'équipe de soins dans l'UCA. La maturité de l'équipe de soins apparaît donc comme un élément pouvant être favorable dans une UCA. Dans le verbatim suivant, la maturité fait référence à la cohésion des membres de l'équipe.

Une des premières choses qui m'était venue en tête c'était la maturité de l'équipe qui accueille cette personne-là pour vraiment voir à ses besoins d'apprentissages et que tout

le monde se sentent interpellé, je pense que ça prend quand même une certaine cohésion d'équipe ou maturité d'équipe. (GD1; I0143).

Enfin, pour faire suite à une des caractéristique défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA, soit le manque d'intérêt des membres de l'équipe de soins à l'égard du préceptorat, il semble qu'il est souhaitable d'implanter une UCA sur une unité où les professionnels de la santé présentent un intérêt pour le préceptorat. Voici des extraits permettant d'appuyer ce propos : « Ceux qui aime ça, ça va aller de soi. On embarque dans l'aventure et l'on aime ça, transférer nos connaissances. » (EI; P3513); « Cette ouverture-là, il y a des gens qui l'ont cette passion-là. » (GD1; A8144). Dans un même ordre d'idée, certaines participantes sont d'avis qu'il serait préférable de cibler une unité où les infirmières sont débutantes, favorisant ainsi une motivation accrue de ces dernières, telles que le soutient cet extrait: « Habituellement ceux qui prennent en charge les étudiantes c'est des nouveaux et ils sont motivés et il n'y a pas de problème. » (GD1; A8144). À l'inverse, certaines participantes ont énoncé qu'il serait souhaitable de choisir une unité où les infirmières sont expérimentées à l'égard de l'accompagnement des étudiantes en stage : « Ça peut pénaliser l'enseignement. Bien, quelqu'un qui a plus d'expérience a des fois un plus gros bagage. Il a plus confiance. » (EI; P3513); « Le mandat de questionner, de faire aller les neurones de notre étudiante repose toujours sur une ou deux des infirmières parce qu'elles sont plus dégourdies ou plus éduquées ou ont plus d'expérience. » (GD3; E1322).

Opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiantes dans une UCA

Les participantes de l'étude ont énoncé des préoccupations quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Parallèlement, les participantes de l'étude ont aussi discuté des opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiantes dans une UCA. Ce thème englobe deux sous-thèmes : avantages perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices ainsi que profil souhaité des étudiantes pour l'UCA.

Avantages perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices. Des participantes ont estimé qu'un des facteurs contraignants de l'UCA était la responsabilité partagée de

l'accompagnement de l'étudiante en stage entre les membres de l'équipe de soins. D'autres au contraire ont perçu une occasion : « Bien, moi, j'aimais l'idée de partager la responsabilité dans l'équipe parce que parfois on sait que ça peut être lourd pour l'individu qui soutient une personne dans un stage. » (GD1; I0143);

Un moment donné oui, je pense que ça peut être aidant le fait que ça soit à tour de rôle parce que ce n'est pas tout le temps, la même qui est sollicitée et un moment donné même si j'aime ça, tu n'as plus le goût, c'est difficile, il faut que tu souffles là (EI; P3513)

[...] parce que là ça fait en sorte que la tâche est partagée. Et ce n'est pas une infirmière qui va avoir le lot de bien accompagner l'étudiante en fait. C'est comme la responsabilité de tout le monde de l'intégrer plutôt qu'une personne dans une équipe. (EI; O4614)

De plus, une participante est d'avis que le fait d'être plusieurs préceptrices faciliterait l'identification des difficultés de l'étudiante. Voici ce que cette participante a énoncé: « [...] on voit que notre étudiante est en difficulté, qu'est-ce qu'on peut faire pour l'aider? De ne pas être toute seule, mais d'avoir d'autres collègues qui peuvent aider. Je ne sais pas si ça peut avoir cet effet-là aussi. » (GD1; T2141).

Aussi, le fait que l'étudiante puisse être témoin de plusieurs façons de travailler et, par le fait même, s'approprier plusieurs modèles de rôle est perçu comme étant un élément positif pour le développement des compétences de l'étudiante: « Bien dans le même sens, ça permet à l'étudiante d'avoir plusieurs modèles aussi de rôle. » (GD1; T2141); « Ce modèle-là apporte plusieurs façons de travailler ce qui est une bonne chose. » (EI; P3513)

Et parce qu'on tend à s'en aller à travailler en équipe donc je pense qu'une étudiante devrait embarquer dans ce concept-là d'équipe et non pas d'être pogner avec quelqu'un pendant 24 heures sur 24 à suivre toujours la même personne. (EI; W5715).

Une participante a également suggéré que l'UCA pourrait aider les membres de l'équipe de soins à rehausser leur niveau de compétence : « Certaines infirmières par contre aiment ça, car cela les pousse à se questionner et adopter de nouvelles pratiques. » (EI; L2416); « C'est une expérience de vie, une expérience de ma carrière qui va enrichir tout le monde. Tout le monde peut en bénéficier. » (EI; O4614).

Aussi, certaines participantes ont énoncé que le suivi par plusieurs préceptrices serait bénéfique pour les étudiantes en raison de la préparation au marché du travail que ce modèle pourrait offrir:

Mais pour la stagiaire ça permet aussi une plus grande exposition, ça les prépare plus au niveau du travail, parce qu'elles sont plus habituées à travailler, pas juste avec une personne, mais elles ont à intervenir avec plein de gens. Et ça, c'est un défi quand tu arrives sur le terrain. [...] je pense que ça va vraiment être un avantage pour elles. (GD1; A8144);

Et je me dis ça les prépare mieux pour le marché du travail aussi parce que les étudiantes vont voir vraiment c'est quoi la réalité. Parce qu'elles vont travailler avec les médecins, les consultants, au début ça va être difficile, mais après je pense que oui ça va être mieux. (EI; U6816).

Ainsi, ces avantages viennent diminuer l'impact négatif des facteurs contraignants concernant le suivi par plusieurs préceptrices énoncé dans la section du thème nommé préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité de l'étudiante dans une UCA.

Enfin, une participante est d'avis que ce modèle pourrait avoir un impact sur l'apprentissage de l'étudiante et par le fait même sur la qualité des soins prodigués aux patients sur les unités, comme indiqué dans cet extrait :

Moi, je pense que le cœur de ce projet-là, s'il faut essayer de le vendre c'est qu'on va donner une nouvelle façon d'enseigner au niveau clinique qui va peut-être avoir un impact direct sur cette étudiante-là qui va finir et peut-être qui va aller dans ce département-là et qui va donner de meilleurs soins à un patient hospitalisé sur ce département-là. (EI; L2416).

Profil souhaité des étudiantes pour l'UCA. La sélection favorable des étudiantes apparaît, à la lumière des propos échangés par les participantes de l'étude, un facteur pouvant faciliter l'implantation d'une UCA. Voici ce qu'une participante a énoncé : « les étudiantes qui vont avoir été choisies, on a vraiment parlé qu'elles devaient être fortes autant en clinique qu'au niveau interpersonnel. » (GD1; A8144). À titre d'exemple, il serait bénéfique pour le succès de l'implantation d'une telle unité que les étudiantes soient proactives, intéressées, débrouillardes et curieuses. Les propos suivants, émis par les participantes, appuient le profil souhaité des étudiantes : « Parce qu'on s'entend que les étudiantes qu'on va envoyer dans cette

unité-là, il faut qu'elles soient minimalement débrouillardes, il faut qu'elles se distinguent de la masse. » (EI; L2416); « Je pense qu'une étudiante doit avoir de l'initiative, de la débrouillardise pour arriver à trouver une réponse. [...] elle doit être curieuse et ne pas avoir peur de demander, de poser des questions. » (EI; U6816); « Proactives. » (GD3; V1321); « Si l'étudiante montre son intérêt, c'est plus facile de l'aider dans son cheminement. » (EI; O4614); « Ça nécessite un degré d'adaptation ou une énergie d'adaptation qui est grand. » (GD3; E1322);

Bien quelqu'un qui est capable de s'adapter facilement à différentes situations ou à différent mode de fonctionnement parce que dans le fond chaque infirmière fonctionne un peu différemment donc quand on doit chaque jour travailler avec plusieurs personnes différentes ça nous force à être capable de s'adapter rapidement à différentes situations parce que je pense que quelqu'un qui s'adapte rapidement va avoir plus de faciliter dans un stage comme ça. (GD2, Y8231).

De plus, il serait souhaitable que les étudiantes aient des compétences de leadership, de collaboration et de jugement clinique. En guise d'exemple, voici les propos de certaines participantes : « Mettons leadership ou des trucs collaboration d'équipe, mais c'est sûr que ça il faut que les étudiantes soient quand même bonne pour l'équipe. » (GD1; T2141); « Et il faut quelqu'un aussi qui a un certain leadership. Aussi quelqu'un qui est capable de s'exprimer et qui est capable de prendre sa place. » (GD2; B5232);

Et quelqu'un aussi, qui est capable de cibler rapidement ses besoins, qui est conscient de ses besoins aussi parce que si les étudiantes ont de la misère à cibler ou à identifier leurs propres besoins bien ça va être plus difficile d'aller chercher l'expertise dont elles ont besoin. (GD2; Y8231).

Également, pour faire suite aux facteurs contraignants indiquant qu'il serait préférable que les étudiantes de première année ne soient pas sélectionnées, les participantes ont énoncé qu'il serait facilitant que les étudiantes dans une UCA soient matures et, par le fait même, qu'elles soient en troisième année universitaire : « Ça prend la maturité de l'étudiante aussi dans tous les sens. » (GD1; T2141); « Selon moi, ça nécessite une maturité d'étudiante ou une étudiante qui a déjà du vécu de stage. Tu ne peux pas faire ce stage-là pour de jeunes étudiantes nouvellement dans un programme. Je trouve qu'il faudrait que ça soit des étudiantes de troisième année à mon sens. » (GD3; V1321).

Finalement, en réponse au facteur contraignant indiquant qu'il serait désavantageux de sélectionner des étudiantes n'ayant aucun intérêt pour la clientèle pédiatrique, il serait souhaitable que les étudiantes démontrent un intérêt pour la clientèle pédiatrique telle qu'énoncée par cette participante : « [...] que les étudiantes aillent de l'intérêt pour la clientèle pédiatrique aussi. » (GD2; B5232).

En résumé, à la suite de l'analyse des données de cette étude, nous avons répondu aux questions de recherche. D'une part, les facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA se regroupent en trois grands thèmes : non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois, contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA ainsi que préoccupation quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Ces trois grands thèmes se regroupent ensuite en dix sous-thèmes : absence de repères pour implanter le modèle de l'UCA dans le contexte québécois; doutes et incertitudes des professionnels de la santé concernant le modèle de l'UCA; absence d'expérience d'un stage avec un superviseur de l'université qui n'est pas toujours dans le milieu clinique; surcharge de travail dans le milieu clinique et universitaire; déménagement de l'unité, changement des membres de l'équipe de soins; implantation d'un nouveau programme universitaire; caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA; inconvénients perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices; responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences ainsi qu'incertitudes quant au potentiel d'apprentissage des étudiantes dans l'UCA. D'autre part, les facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA se divisent en trois thèmes : adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois, contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA ainsi qu'opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA. Ces trois grands thèmes se divisent ensuite en 11 sous-thèmes : modifications possibles de l'UCA durant sa mise en œuvre et une fois l'implantation réalisée, formation des infirmières et des professionnels de la santé des autres professions quant à l'UCA, informations données aux étudiantes à l'égard de l'UCA, utilisation d'outils pour l'UCA, accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage, personne ressource désignée pour soutenir l'unité ciblée pour l'UCA, encadrement et soutien offerts aux étudiantes de l'UCA, soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA, caractéristiques favorables des

unités pour l'implantation d'une UCA, avantages perçus concernant le suivi par plusieurs préceptrices ainsi que profil souhaité des étudiantes pour l'UCA. Le prochain chapitre portera sur la discussion de ces résultats.

Chapitre V : Discussion

Ce dernier chapitre propose une discussion des principaux résultats de l'étude en lien avec les écrits scientifiques. Les facteurs contraignants et facilitants perçus par des professionnels de la santé quant à l'implantation d'une UCA seront repris à la lumière des écrits scientifiques autour des différents thèmes ayant émergé des résultats de cette étude. Les principaux sous-thèmes seront discutés. L'apport du cadre de référence sera par la suite discuté et une critique de la méthode sera présentée. Finalement, des recommandations seront formulées en ce qui a trait aux pratiques, à la formation et à la recherche.

Facteurs contraignants perçus à l'implantation d'une UCA

Non adaptation du modèle de l'UCA au contexte québécois

Les participantes de notre étude ont confirmé que le modèle de l'UCA est non utilisé dans le contexte québécois. De plus, les participantes ont soulevé certains doutes et incertitudes concernant ce modèle. Il est possible d'obtenir des réponses dans la littérature recensée à l'égard de certains de ces doutes et incertitudes tandis que d'autres seront, pour leur part, à considérer avant la mise en œuvre d'une UCA au Québec. À titre d'exemple, les participantes de cette étude se sont interrogées à savoir si les infirmières cliniciennes et techniciennes allaient devoir accepter d'accompagner les étudiantes en stage, et ce, peu importe le nombre d'années d'expérience que ces infirmières possèdent. Au sein de la littérature recensée, il est indiqué que toutes les infirmières cliniciennes peuvent accompagner les étudiantes en stage dans l'UCA (Lougheed et Galloway Ford 2005; McCullough, Sawchenko, 2007). Toutefois, il est recommandé de ne pas attribuer une étudiante à une infirmière clinicienne novice (McCullough, Sawchenko). En ce qui a trait aux infirmières techniciennes, aucune étude n'a été répertoriée puisqu'il n'y a pas d'infirmières techniciennes en Colombie-Britannique. Ainsi, cette information devra être précisée avant la mise en œuvre de l'UCA au Québec. Un autre questionnement soulevé par les participantes de l'étude est concernant le rôle des différents professionnels de la santé engagés au sein d'une UCA. À ce sujet, Lougheed et Galloway Ford indiquent que tous les professionnels de la santé et les étudiantes d'une UCA travaillent ensemble afin de créer un environnement d'apprentissage positif et afin de promouvoir des soins infirmiers de grande qualité. Toutefois, le rôle spécifique des professionnels de la santé qui ne sont pas des infirmières gagnera à être précisé avant l'implantation d'une UCA au Québec. Les participantes se sont également interrogées sur les critères de sélection de l'unité

et des étudiantes dans une UCA. Parmi les études recensées sur l'UCA, aucune d'entre elles n'a indiqué s'il y avait des critères de sélection de l'unité et des étudiantes. Ainsi, avant la mise en œuvre de l'UCA au Québec, des critères de sélection de l'unité et des étudiantes pourraient être établis à la lumière des résultats de notre étude.

En somme, les doutes et incertitudes concernant l'UCA soulevé par les participantes peuvent porter à croire que celles-ci n'ont pas intégré les concepts clés d'une UCA. Par exemple, lorsque des participantes se demandent comment procéder auprès d'infirmières qui ne voudront pas accompagner d'étudiantes en stage, elles indiquent implicitement qu'elles ne se sont pas approprié un des concepts de l'UCA où chacun est appelé à jouer un rôle d'éducateur auprès des étudiantes.

Contexte organisationnel défavorable à l'implantation d'une UCA

Certaines participantes de notre étude ont énoncé que l'implantation d'un nouveau programme universitaire prévu en 2017 ainsi que le déménagement de l'unité et le changement des membres de l'équipe de soins pourraient être des éléments contraignants à l'implantation d'une UCA. Toutefois, aucune étude n'indique que ces transformations organisationnelles pourraient nuire à l'implantation d'une UCA. Serait-il ainsi pertinent de considérer les diverses transformations organisationnelles en cours lors de l'implantation de l'UCA? De plus, une participante a mentionné que les transformations organisationnelles pourraient constituer un défi pour les étudiantes d'une UCA étant donné qu'au sein de celle-ci, les étudiantes présentent davantage d'autonomie. Auparavant, aucune étude n'a indiqué que les changements organisationnels pourraient se révéler être un défi supplémentaire pour les étudiantes ayant un niveau d'autonomie supérieur.

Pour ce qui est du sous-thème caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA, les participantes de cette étude ont indiqué que l'un des facteurs contraignants à l'implantation d'une UCA est la résistance au changement des professionnels de la santé. En effet, la résistance au changement est l'un des éléments pouvant être nuisibles au succès des changements organisationnels (Bareil, 2008). Au sujet de cette résistance, une participante est d'avis que celle-ci est plus fréquente chez les infirmières ayant plus d'expérience. Cependant, à notre connaissance, ceci n'a pas été documenté dans d'autres études spécifiques aux UCA.

De plus, d'autres caractéristiques défavorables des unités pour l'implantation d'une UCA ont émergé des résultats de cette étude : le roulement des membres de l'équipe de soins, l'environnement de stage avec beaucoup d'étudiantes, l'unité qui ne travaille pas déjà en interdisciplinarité, la faible implication des membres de l'équipe de soins ainsi que le manque d'intérêt et les compétences limitées des professionnels de la santé à l'égard du préceptorat. Toutefois, aucune étude n'indique que le roulement des membres de l'équipe de soins et le fait que l'unité qui ne travaille pas déjà en interdisciplinarité pourraient nuire à l'implantation d'une UCA. Quant au nombre d'étudiantes par unité, McCullough et Sawchenko (2007) soulignent que, dans une UCA, un maximum de 7 étudiantes par unité et un maximum de deux étudiantes en même temps sur l'unité devraient être respectés. En comparaison, pour ce qui est de l'UDE, Edgecombe; Wotton et Gonda (2004) énoncent qu'en moyenne, environ dix étudiantes de troisième année, deuxième année et première année sont assignées à la même unité. Les étudiantes de troisième année commencent leur stage sur l'unité dès la première semaine du trimestre, les étudiantes de deuxième année débutent à partir de la sixième semaine et les étudiantes de première année débutent à partir de la dixième semaine. Ensuite, Leclerc et al. (2014) mentionnent que le manque d'intérêt des professionnels à l'égard du préceptorat figure parmi les obstacles à l'accompagnement des étudiantes en stage. Enfin, le succès des préceptrices est en partie attribuable à leur motivation, engagement et leurs compétences (Luhanga et al., 2010).

Préoccupations quant au niveau d'autonomie et à la responsabilité de l'étudiante dans une UCA

Au sein de notre étude, les participantes ont aussi soulevé certaines limites concernant le fait que l'accompagnement des étudiantes en stage soit une responsabilité partagée de plusieurs professionnels de la santé. Les risques perçus à propos de la responsabilité partagée de l'étudiante sont : 1) qu'aucun professionnel ne prenne la responsabilité de l'étudiante; 2) que celle-ci doive d'abord focaliser ses énergies sur son intégration dans l'équipe de soins, au détriment de ses apprentissages; 3) que les difficultés présentées par l'étudiante ne soient pas soulevées; 4) le risque d'offrir une évaluation qui n'est pas juste et complète à l'étudiante ainsi que 5) l'étudiante soit accompagné par des infirmières qui ont une expérience limitée en préceptorat. À l'opposé, Budgen et Gamroth (2008) ainsi que Callaghan et al., (2009)

indiquent qu'un des avantages de l'UCA est que plusieurs cliniciens partagent la responsabilité de l'étudiante. Aussi, dans l'UCA, les étudiantes et les professeurs sont considérés comme des membres de l'équipe de soins (Budgen et Gamroth; Callaghan et al.; Loughheed et Galloway Ford, 2005). Ainsi, le fait que l'étudiante focalise ses énergies sur son intégration dans l'équipe de soins n'apparaît pas, au sein de la littérature recensée, comme pouvant être un facteur contraignant. Ensuite, en ce qui concerne le fait que les difficultés présentées par l'étudiante ne soient pas reconnues, Budgen et Gamroth ainsi que McCullough et Sawchenko nous indiquent qu'en effet, une des limites de l'UCA est la difficulté pour les professeurs et les étudiantes à obtenir de la rétroaction des infirmières sur l'évolution des étudiantes. Cependant, aucun auteur n'affirme qu'il est difficile d'offrir une évaluation juste et complète à l'étudiante dans l'UCA. Finalement, pour ce qui est de l'expérience limitée de certaines préceptrices quant à l'accompagnement d'une étudiante en stage, Leclerc et al. (2014) mentionnent que le fait que des intervenants n'aient jamais accompagné d'étudiantes en stage peut s'expliquer par un manque d'expérience professionnelle, celui-ci figurant parmi les obstacles majeurs à l'accompagnement des étudiantes en stages. Aucune étude portant sur l'UCA ne mentionne que l'expérience limitée de certaines préceptrices quant à l'accompagnement d'une étudiante en stage pourrait être nuisible à l'implantation d'une UCA. Toutefois, il est recommandé que la mise en œuvre d'une UCA soit au sein d'unités où les équipes comptent plusieurs infirmières expérimentées (McCullough et Sawchenko, 2007).

Ensuite, en ce qui concerne le sous-thème responsabilité accrue des étudiantes quant au développement des compétences, plusieurs participantes de notre étude ont démontré une inquiétude à l'égard d'une plus grande responsabilité des étudiantes dans l'identification de leurs besoins d'apprentissage. Ce résultat n'était pas attendu de l'étudiante-chercheuse étant donné que la littérature recensée sur l'UCA atténue ce facteur contraignant en soutenant le fait qu'il est bénéfique que l'étudiante soit responsable de ses propres besoins d'apprentissage (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009; McCullough et Sawchenko, 2007). Le sentiment d'indépendance qui en découle semble procurer aux étudiantes d'une UCA une confiance accrue qui les prépare à l'exercice de la profession infirmière (Callaghan et al.). Dans l'étude de McCullough et Sawchenko, une étudiante a indiqué que, dans l'UCA, les apprentissages faits par les étudiantes dépendent de leur désir d'apprendre.

Facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA

Adaptation du modèle de l'UCA pour l'implanter dans le contexte québécois

Dans notre étude, des modifications possibles au cours de la mise en œuvre de l'UCA ont été suggérées et celles-ci seront à considérer. Tout d'abord, les participantes de notre étude ont énoncé l'importance de déterminer la personne qui sera appelée à jouer le rôle de facilitateur de l'université et de préciser le rôle ainsi que les fonctions occupées par celui-ci. À ce sujet, selon Bugen et Gamroth (2008), la personne qui joue le rôle du facilitateur de l'université dans une UCA est un membre du corps professoral et celui-ci est présent sur l'unité plusieurs heures par semaine afin de soutenir les membres de l'équipe de soins ainsi que les étudiantes et afin d'évaluer celles-ci. Ainsi, l'étudiante-chercheuse s'est questionné à savoir s'il est réaliste qu'au Québec, le facilitateur de l'université provienne du corps professoral et ait le même rôle et les mêmes fonctions que le facilitateur de l'université présent au sein des UCA de la Colombie-Britannique. Ensuite, divers éléments de l'UCA pouvant être modifiés au cours de la mise en œuvre de ce modèle ont été évoqués par les participantes de notre étude, notamment la charge de travail des infirmières, la durée du stage, le quart de travail pour le stage, l'ajout d'une prime pour les infirmières techniciennes qui accompagneront les étudiantes en stage et l'accumulation d'heures de formation accréditées pour les infirmières qui participeront à l'UCA. En ce qui concerne la durée du stage, Bugen et Gamroth mentionnent que les étudiantes sont attribuées à la même unité pour une durée de 6 à 12 semaines tandis que, pour leur part, McCullough et Sawchenko (2007) recommandent que le stage soit d'au minimum 216 heures. En ce qui concerne le quart de travail pour le stage, l'horaire des stages planifiés varie pour une même étudiante, faisant ainsi en sorte que chaque étudiante est appelée à collaborer avec plusieurs membres de l'unité, et ce, sur différents quarts de travail (Lougheed et Galloway Ford, 2005). En ce qui a trait aux autres éléments de l'UCA pouvant être modifiés au cours de la mise en œuvre de ce modèle, ceux-ci seront à spécifier avant l'implantation de ce dernier au Québec. À titre d'exemple, la formation sur le modèle de l'UCA pourrait être accréditée pour les infirmières qui participeront à l'UCA.

Ensuite, les participantes de notre étude ont suggéré divers éléments qui devraient être abordés lors de la formation offerte aux membres de l'équipe de soins sur l'UCA : le modèle de l'UCA, les objectifs du stage et des étudiantes, les attentes de l'étudiante et des infirmières, la responsabilité de chaque acteur clé dans l'UCA et la façon d'accompagner les étudiantes en stage. Selon les participantes de notre étude, pour ce qui est des étudiantes, les principales informations que celles-ci devraient recevoir sont au sujet des attentes, des objectifs du stage et de l'évaluation. À cet égard, McCullough et Sawchenko (2007) ont soulevé certaines suggestions en ce qui a trait aux éléments qui devraient être abordés lors des séances d'information offertes aux étudiantes et aux membres de l'équipe de soins: la responsabilité des étudiantes face à leurs apprentissages, le développement d'une relation de confiance, la théorie du changement de modèle, la façon de donner une rétroaction constructive et le professionnalisme. Pour leur part, Loughheed et Galloway Ford (2005) ont mentionné que le but de la préparation du personnel infirmier de l'unité est de comprendre la philosophie de l'UCA et les particularités de l'UCA; d'identifier des stratégies pour favoriser l'apprentissage; de déterminer, au besoin, les particularités dans le fonctionnement de l'UCA selon l'unité sélectionnée ainsi que de planifier une démarche visant à informer les autres membres de l'unité des particularités de l'UCA. Quant aux étudiantes, le but de l'atelier d'introduction à l'UCA est de connaître les attentes du cours et de comprendre l'UCA (Loughheed et Galloway Ford). Il est donc possible de remarquer que les différents auteurs et les participantes de cette étude ont des souhaits différents en ce qui a trait aux éléments qui devraient être abordés, lors de la formation sur l'UCA. De plus, certaines participantes de notre étude ont mentionné qu'il serait souhaitable que les infirmières aient une formation en préceptorat, principalement les infirmières n'ayant jamais fait de préceptorat. Ce résultat était anticipé étant donné qu'au sein d'une UCA, toutes les infirmières sont appelées à accompagner les étudiantes en stage. D'ailleurs, parmi les obstacles à l'accompagnement des étudiantes en stage figure le manque de formation, principalement des membres de l'équipe de soins qui n'ont jamais exercé ce rôle (Leclerc et al., 2014).

En ce qui a trait à l'utilisation d'outils pour l'UCA, une nouvelle donnée émerge des résultats de notre étude : les étudiantes devraient recevoir, avant le début du stage, un cahier préparatoire concernant l'unité. De plus, une participante de notre étude a indiqué qu'il serait

facilitant de détenir un document précisant le rôle et les responsabilités des personnes clés dans une UCA. En effet, la littérature soutient qu'un des éléments qui influence négativement la satisfaction au travail des infirmières qui accompagnent les étudiantes en stage est la faible identité de rôle (Forbes, Hickey et White, 2010).

Contexte organisationnel favorable à l'implantation d'une UCA

Pour ce qui est de l'accueil des étudiantes sur l'unité avant le stage, les participantes de notre étude ont suggéré que les étudiantes puissent bénéficier de quelques jours d'observation ou encore, qu'elles se voient offrir la possibilité de suivre une étudiante ayant déjà vécu le modèle de l'UCA. Cependant, McCullough et Sawchenko (2007) suggèrent plutôt que les étudiantes soient affectées à la même équipe pendant les quatre premières journées de stage afin qu'elles se familiarisent avec la culture et les routines de l'unité. Il est donc possible de remarquer une différence entre le souhait des participantes de notre étude et les propos soulevés au sein de la littérature.

Ensuite, dans notre étude, les participantes ont soulevé l'importance de nommer une personne ressource pour soutenir les membres de l'équipe de soins ciblés pour l'UCA. Concernant le soutien offert à ceux-ci, Leclerc et al. (2014) soutiennent que ce soutien est une condition favorable à l'accompagnement des étudiantes en stage. Certaines participantes de notre étude ont mentionné qu'il serait intéressant que cette personne ressource soit une employée de l'UdeM, tandis que d'autres étaient d'avis qu'elle devrait être une employée du CHU de l'étude. Cette divergence d'opinions des participantes s'est révélée inattendue. À cet égard, McCullough et Sawchenko (2007) énoncent qu'au sein d'une UCA, il est souhaitable qu'il y ait une implication de la part de l'université ainsi que du CHU afin de soutenir ce modèle.

En ce qui a trait aux étudiantes de l'UCA, les participantes de notre étude sont d'avis que celles-ci devraient également bénéficier d'un soutien, ce propos étant également soulevé dans la littérature (Callaghan et al. 2009; Loughheed et Galloway Ford, 2005).

Le soutien de divers acteurs et financier envers le projet UCA, quant à lui, est primordial selon les participantes de l'étude. En effet, celles-ci indiquent qu'il apparaît essentiel que la

direction des soins infirmiers du CHU ciblé pour l'étude appuie ce projet. À cet égard, la littérature indique que le soutien pour les professionnels de la santé qui accompagnent les étudiantes en stage peut provenir de l'équipe de direction (Leclerc et al., 2014). Les participantes de notre étude étaient aussi d'avis qu'il serait souhaitable de faire participer une personne d'influence de l'unité dans l'implantation d'une UCA et de faire appel à des individus ayant un intérêt pour le préceptorat. À ce sujet, une approche de mise en œuvre s'étant révélée efficace impliquait de faire appel à plusieurs infirmières agissant comme championnes pour le projet d'UCA (Lougheed et Galloway Ford, 2005). De plus, une participante de notre étude a évoqué qu'un soutien financier faciliterait l'implantation d'une UCA. Selon Lougheed et Galloway Ford, au cours de la mise en œuvre d'une UCA, le financement du CHU et de l'université est un soutien important. Finalement, une participante de notre étude a indiqué que l'OIIQ devrait s'engager dans la mise en œuvre de l'UCA. L'étudiante-chercheuse juge que cette nouvelle donnée devrait être prise en considération dans l'implantation d'une UCA au Québec.

En ce qui a trait au sous-thème caractéristiques favorables des unités pour l'implantation d'une UCA, les participantes de notre étude sont d'avis que l'UCA devrait être implantée sur une unité où il est possible de retrouver une maturité et une stabilité de l'équipe, où les membres de l'équipe de soins présentent un intérêt pour le préceptorat, où l'enseignement est mis en premier plan et où les membres de l'équipe de soins travaillent en interdisciplinarité. À ce sujet, Luhanga et al. (2010) indiquent que le désir et la volonté d'accompagner les étudiantes en stage figurent parmi les caractéristiques nécessaires de la réussite des préceptrices. D'ailleurs, le manque d'intérêt à exercer le rôle de précepteurs apparaît comme un obstacle à l'accompagnement des étudiantes en stage (Leclerc et al., 2014). L'implication des préceptrices est un élément important dans l'accompagnement des étudiantes en stage (Larue et al., 2013). Ainsi, il apparaît pertinent, au sein de la littérature, que les membres de l'équipe de soins d'une UCA aient un intérêt pour le préceptorat, ce qui rejoint les dires des participantes de notre étude. La littérature ne permet toutefois pas de soutenir les autres caractéristiques favorables à l'UCA identifiées par les participantes de notre étude. Toutefois, selon Larue et al., l'environnement dans lequel le stage se déroule influence les apprentissages des étudiantes.

Opportunités relatives à l'autonomie et à la responsabilité partagée de l'étudiante dans une UCA

Au sein de notre étude, les participantes ont également soulevé en guise d'avantage le fait que l'accompagnement des étudiantes en stage soit une responsabilité partagée de plusieurs professionnels de la santé. D'ailleurs, la littérature soulève que l'un des avantages de l'UCA est le fait que plusieurs infirmières cliniciennes partagent la responsabilité de l'étudiante (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al. 2009; McCullough et Sawchenko, 2007). Selon les participantes de cette étude, les avantages perçus concernant la responsabilité partagée de l'étudiante sont : l'identification des difficultés de l'étudiante, l'accès à plusieurs modèles de rôle infirmier pour les étudiantes et la préparation des étudiantes au marché du travail. Tout d'abord, nous n'avons pas trouvé d'études qui indiquaient qu'au sein d'une UCA, il pourrait être plus facile d'identifier les difficultés de l'étudiante. L'évaluation et l'accompagnement d'une étudiante dans un contexte d'interdisciplinarité sont peu documentés. Pour ce qui est de l'accès à plusieurs modèles de rôle infirmier pour les étudiantes, Budgen et Gamroth (2008) et Callaghan et al. (2009) confirment qu'en effet, dans une UCA, les étudiantes travaillent avec différents modèles de rôle infirmier. De plus, au sein de la littérature, il est possible de retrouver que l'UCA prépare les étudiantes en vue de leur entrée au sein du marché du travail (Callaghan et al.; McCullough et Sawchenko, 2007). Nous pouvons ainsi soulever une concordance entre les écrits retenus dans la littérature et les avantages perçus de l'UCA pour les étudiantes tels que répertoriés par les participantes de notre étude.

Quant au profil souhaité des étudiantes pour l'UCA, les participantes de notre étude ont indiqué qu'il serait facilitant que les étudiantes dans une UCA soient proactives, intéressées, débrouillardes et curieuses. Aussi, il serait souhaitable qu'elles possèdent des compétences de leadership, de collaboration et de jugement clinique. Pour leur part, Webb et Shakespeare (2008) soulignent que les étudiantes ayant confiance en elles, étant enthousiastes et étant aptes à s'affirmer, sont appréciées et davantage souhaitées en milieu de stage. Dans la littérature recensée sur l'UCA, nous n'avons pas trouvé de données en ce qui concerne la sélection appropriée des étudiantes pour l'UCA. Toutefois, McCullough et Sawchenko (2007) suggèrent que les étudiantes d'une UCA soient recommandées par leurs professeurs. Aussi, les participantes de notre étude ont énoncé qu'il serait facilitant que les étudiantes dans une UCA

soient matures et, par le fait même, qu'elles soient en troisième année universitaire. Ce propos rejoint l'idée de McCullough et Sawchenko, qui indiquent que les étudiantes d'une UCA sont en troisième ou en quatrième année de leur programme universitaire en soins infirmiers. En somme, nous constatons que les attentes des participantes en ce qui a trait aux étudiantes et à l'unité sont élevées.

Forces et limites de l'étude

Apport du cadre de référence

Le cadre de référence, composé de la théorie de niveau intermédiaire développée par Love (2014) et de l'écrit sur les changements de pratique dans le domaine de la santé (*NICE*, 2007), a été pertinent pour cette étude. D'une part, ce cadre de référence a agi à titre de toile disciplinaire guidant l'étudiante-chercheuse dans sa façon de voir l'UCA. D'autre part, ce cadre de référence a soutenu l'étudiante-chercheuse dans le choix des méthodes et des outils de collecte des données qui ont été utilisés pour cette étude, dans la création du guide d'entrevue ainsi que dans la collecte et l'analyse des données de cette étude. Ainsi, l'étudiante-chercheuse juge que ce cadre de référence a été utile à différentes étapes de cette étude.

Une difficulté à l'égard de l'application du cadre de référence a toutefois été rencontrée au cours de l'analyse des données. Bien que les résultats de cette étude viennent rejoindre diverses catégories du cadre de référence de *NICE*, l'étudiante-chercheuse a trouvé difficile de concevoir les codes thématiques permettant de répondre à chacune des questions de recherche de cette étude à partir des différentes catégories dans lesquelles il est possible de retrouver des obstacles au changement et des méthodes à utiliser pour aider à surmonter ceux-ci. L'étudiante-chercheuse est d'avis que les catégories du cadre de référence de *NICE* étaient moins adaptées à la présente recherche étant donné qu'il n'y a pas de parallèle entre les différentes catégories au sein desquelles il est possible de retrouver des obstacles au changement et les différentes catégories dans lesquelles il est possible de retrouver des méthodes à utiliser pour aider à surmonter les obstacles au changement. Quant aux résultats de cette étude, il existe un parallèle entre les facteurs contraignants et les facteurs facilitants perçus à l'implantation d'une UCA en milieu clinique.

En résumé, l'étudiante-chercheuse est d'avis que l'écrit de *NICE* (2007) est davantage adapté pour accompagner les gestionnaires dans les changements de pratique clinique plutôt que pour l'identification, dans un projet de recherche, des facteurs facilitants ou contraignants d'une nouvelle pratique. Ainsi, l'étudiante-chercheuse recommanderait l'utilisation du cadre de référence de *NICE* pour les professionnels de la santé qui ont le désir de mettre en œuvre un changement de pratique étant donné que l'écrit de *NICE* donne des conseils concrets pour les changements de pratique. L'étudiante-chercheuse juge donc que ce cadre de référence serait plus pertinent pour l'implantation d'une UCA que pour l'étude exploratoire qui vient d'être réalisé dans le cadre de ce mémoire.

Considérations méthodologiques

Un biais d'échantillonnage a été soulevé pour cette étude étant donné qu'un seul secteur de soins fut considéré, soit le secteur pédiatrique. Ainsi, il se peut qu'il ne soit pas possible de transférer les résultats obtenus à d'autres contextes de soins. De plus, ce secteur de soins volontaire a été choisi à l'aide des critères de qualité de stage. Il est donc possible de croire que les résultats de cette étude auraient pu être différents avec un autre secteur de soins qui ne répond pas aux critères de qualités de stage.

En ce qui a trait à la population de l'étude, les étudiantes, qui font partie des acteurs clés dans l'UCA, n'ont pas été appelées à participer à cette étude. Ainsi, il est possible que les résultats de cette étude aient pu être différents si nous avions exploré les facteurs contraignants et facilitants, perçus par des étudiantes, à l'implantation d'une UCA. Aussi, les participantes de deux groupes de discussion étaient les membres du comité d'experts intéressées à participer à cette étude. Sans la participation de ces professionnels de la santé, moins de facteurs facilitants auraient possiblement été soulevés dans les résultats de cette étude. De plus, afin de diversifier davantage les réponses des membres du comité d'experts, lors des groupes de discussion, il aurait été intéressant d'inclure plus d'une personne provenant d'une profession différente de celle des infirmières. Toutefois, une des forces de cette étude est qu'il y avait des participantes du CHU et du centre universitaire affilié au CHU. Quant au recrutement des participantes pour cette étude, celui-ci apparaît comme l'une des forces de cette étude. Le taux de participation des membres du comité d'experts a été de 77%. En ce qui a trait aux

professionnels de la santé ne faisant pas partie du comité d'experts, 88% de ceux qui ont assisté à l'une des présentations sur l'UCA faites par l'étudiante-chercheuse ont décidé de participer à cette étude.

En ce qui concerne la collecte des données, la méthode choisie ressort comme une force de cette étude étant donné que les entrevues ont permis d'accroître la richesse des données obtenues. Quant aux outils de collecte des données, le guide d'entrevue a été conçu afin de permettre une grande liberté d'expression pour les participantes. Les réponses recueillies par celles-ci aux questions du guide d'entrevue ont été très variées et ont permis de répondre aux questions de recherche. En général, le guide d'entrevue s'est également révélé être une force de cette étude. Cependant, nous avons remarqué que les participantes ont semblé utiliser l'implantation future de l'UCA pour soulever et tenter de régler plusieurs problèmes d'encadrement de stage. La discussion autour de l'implantation d'une UCA a semblé être une occasion pour discuter des avantages et inconvénients reliés à l'accompagnement et à l'évaluation des étudiantes. Lors de la collecte des données, l'étudiante-chercheuse aurait donc pu, au besoin, diriger davantage les discussions autour du modèle de l'UCA. De plus, cette étude présente une autre faiblesse concernant le déroulement de la collecte des données : il y a eu un biais de désirabilité sociale. En effet, l'étudiante-chercheuse a présenté le concept de l'UCA ainsi que le projet de recherche aux professionnels de la santé dans le but de recruter des participantes pour cette étude. Lors de la présentation du concept de l'UCA, l'enthousiasme de l'étudiante-chercheuse aurait pu être observé par le public présent. Ainsi, lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion, les participantes de l'étude auraient pu ne pas mentionner leur réelle perception quant aux facteurs contraignants et facilitants à l'implantation d'une UCA. Afin de satisfaire l'étudiante-chercheuse, il se pourrait donc que les participantes de l'étude aient émis des propos allant dans la même direction que les intérêts de l'étudiante-chercheuse. Toutefois, il est à noter que l'étudiante-chercheuse arborait une attitude d'ouverture lors des entrevues, permettant ainsi aux participantes d'exprimer librement leur opinion sur le sujet de l'UCA. De plus, une autre limite de cette étude est le peu d'exposition des participantes au concept et aux principes de l'UCA étant donné qu'elles ont été rencontrées tôt dans le processus. Ainsi, les entrevues auraient pu se dérouler à un moment où les participantes sont déjà engagées concrètement dans le projet. Nous croyons qu'avec une

meilleure compréhension des participantes concernant le concept de l'UCA, les résultats de cette étude auraient pu être différents et plus spécifiques.

Finalement, la saturation des données a été partiellement atteinte. Les thèmes et les sous-thèmes sont demeurés les mêmes d'une entrevue à l'autre. Toutefois, de nouvelles informations se sont constamment ajoutées dans les thèmes et les sous-thèmes. L'étudiante-chercheuse n'a pas eu l'impression que les nouvelles données ont généré des informations redondantes (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Il est donc possible que certains thèmes et sous-thèmes n'aient pas été explorés en profondeur. Selon l'étudiante-chercheuse, un des facteurs pouvant expliquer que la saturation des données a été partiellement atteinte est le fait que l'UCA a été inexplorée jusqu'à présent au Québec (Loiselle et Profetto-McGrath).

Recommandations pour la pratique infirmière

À partir des résultats de notre étude, il est possible de formuler des recommandations pour la pratique, la formation et la recherche.

Pratique

Considérant les avantages perçus de l'UCA par les participantes de cette étude, notamment l'amélioration possible des soins aux patients, ainsi que ceux soulevés au sein des écrits scientifiques, tels que la responsabilité partagée et l'apprentissage amélioré (Budgen et Gamroth, 2008; Callaghan et al., 2009), nous recommandons que l'UCA soit implantée dans des milieux de soins au Québec. Les résultats de cette étude, principalement ceux ressortis au sein du thème modèle innovant dans le contexte québécois, nous démontrent qu'un effort sera à faire dans les milieux de soins afin d'intégrer les concepts clés de l'UCA ainsi que la philosophie de ce modèle. D'ailleurs, l'UCA nécessite des changements de paradigme, soit dans le domaine de l'éducation, où il sera nécessaire de passer du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage, ainsi que dans le domaine des sciences infirmières, où une évolution du paradigme de l'intégration au paradigme de la transformation sera pertinente. Certains résultats de cette étude démontrent que les participantes ne présentent pas une intégration complète de ces changements de paradigme. À titre d'exemple, les propos des participantes sont centrés sur l'opérationnalisation de l'UCA à partir des modèles existants, certaines participantes démontrent une réticence quant au niveau d'autonomie des

étudiantes dans une UCA et certaines participantes énoncent l'idée de restreindre à certains groupes de professionnels de la santé la fonction d'enseignement. Ces changements de paradigme nécessiteront donc un temps d'intégration. Ainsi, nous recommandons d'aller de l'avant avec l'implantation de l'UCA et de ne pas attendre que l'intégration des changements de paradigme et des concepts clés de l'UCA soit complète dans les milieux de soins. Toutefois, nous suggérons d'adapter le modèle de l'UCA au contexte des soins du Québec.

À la lumière des résultats de cette étude, il est possible de recommander différentes adaptations qui pourraient être appliquées à l'UCA avant son implantation au Québec. Tout d'abord, il est recommandé de choisir adéquatement l'unité où l'UCA sera implantée. Selon les participantes de cette étude, voici les différentes caractéristiques de l'unité pouvant être favorables à l'implantation d'une UCA: la maturité et la stabilité de l'équipe de soins, l'intérêt et l'aisance des professionnels de la santé pour le préceptorat et la capacité des professionnels de la santé à travailler en équipe. De plus, certaines participantes de cette étude sont d'avis qu'il serait pertinent de cibler une unité où les infirmières sont expérimentées tandis que d'autres sont d'avis qu'il faudrait choisir une unité où les infirmières sont novices. Ainsi, nous recommandons que l'unité sélectionnée soit composée d'infirmières expérimentées et d'infirmières novices. De plus, nous suggérons que l'UCA soit utilisée pour les stages d'une durée significative, tel que le stage pratique de soins clientèle spécifique, lequel est d'une durée de 25 jours en milieu clinique. Ainsi, nous recommandons que l'UCA soit un modèle de stage utilisé avec les étudiantes de troisième année.

En résumé, l'ensemble des caractéristiques idéales d'une unité, des professionnels de la santé et des étudiantes pour implanter l'UCA ne pourra sans doute être entièrement atteint. Il est possible de tendre vers un idéal, mais il faut également tenir compte de la réalité des contextes de soins au Québec. D'ailleurs, l'UCA permettra à l'unité de rehausser ces capacités et elle s'améliorera à mesure qu'il y aura des étudiantes dans ce type de modèle. Ainsi, nous recommandons de ne pas attendre que l'idéal d'implantation d'une UCA soit obtenu avant d'implanter ce modèle. Cependant, il est à noter que le changement ne devrait pas être envisagé lors d'un événement organisationnel majeur, par exemple, un déménagement.

Ensuite, nous recommandons que tous les membres de l'équipe de soins et de l'université ainsi que les étudiantes qui participeront à une UCA soient informés du projet. Les recommandations pour la pratique infirmière, concernant la préparation des professionnels de la santé et des étudiantes à l'UCA, seront présentées dans la section formation.

Nous proposons également que des outils soient utilisés pour l'UCA. Pour les étudiantes, nous recommandons de conserver le plan d'apprentissage personnalisé. De plus, nous suggérons qu'une grille rétroactive quotidienne soit utilisée dans les UCA afin de faciliter l'évaluation des étudiantes et le suivi des apprentissages. Concernant l'évaluation des étudiantes dans une UCA, afin de rendre justice aux étudiantes, nous suggérons que l'évaluation soit réalisée par les infirmières qui seront appelées à accompagner l'étudiante en stage. La note finale pourrait ensuite être attribuée par le facilitateur de l'université. Au besoin, celui-ci pourrait également contribuer à l'évaluation des étudiantes. D'ailleurs, nous recommandons que le rôle et les responsabilités du facilitateur de l'université, des professionnels de la santé et des étudiantes soient déterminés avant l'implantation de l'UCA.

Pour ce qui est du soutien offert aux étudiantes et aux professionnels de la santé qui participeront à l'UCA, il importe que ceux-ci aient recours à des personnes ressources pour les accompagner au cours de cette expérience. Nous sommes d'avis qu'une personne ressource de l'université ainsi qu'une personne ressource du CHU où l'UCA sera implantée devraient être déterminées. En ce qui a trait au soutien organisationnel envers le projet UCA, il apparaît intéressant d'obtenir l'implication de l'OIIQ pour l'implantation de ce projet.

Formation

Les résultats de cette étude nous amènent à penser que le modèle de l'UCA est innovant dans le contexte québécois et, par le fait même, que les professionnels de la santé possèdent des connaissances limitées en ce qui concerne l'UCA. Ainsi, les connaissances des professionnels de la santé quant à l'UCA auraient avantage à être rehaussées. L'équipe FUTUR du CIFI et l'étudiante-chercheuse pourraient présenter ce modèle, par exemple, lors de congrès ou de colloques afin de rejoindre un plus grand nombre de professionnels de la santé. Ces présentations pourraient être similaires à celle que l'étudiante-chercheuse a réalisée aux professionnels de la santé participants à cette étude. Ainsi, ces présentations pourraient

aborder les concepts généraux de l'UCA, soit l'origine, la définition, les buts, les objectifs ainsi que les caractéristiques de ce modèle. De plus, les résultats de cette étude pourraient être présentés ainsi que les recommandations qui en découlent, permettant ainsi de faciliter l'implantation des UCA dans les différents milieux de soins. Dans un même ordre d'idée, afin de rehausser les connaissances des professionnels de la santé quant au modèle de l'UCA, la rédaction d'un article scientifique pourrait aussi être envisagée.

Ensuite, avant la mise en œuvre d'une UCA, il serait pertinent, tel qu'évoquent les résultats de cette étude, de préparer les professionnels de la santé et les étudiantes pour l'UCA. En effet, nos résultats indiquent que les professionnels de la santé devraient être formés en ce qui a trait à leur rôle et leurs responsabilités dans l'UCA, aux objectifs du stage et des étudiantes, aux attentes des infirmières et des étudiantes ainsi qu'à la façon d'accompagner et d'évaluer les étudiantes en stage. Plus spécifiquement aux infirmières, celles-ci devraient également recevoir une formation en préceptorat étant donné que chaque infirmière sera appelée à jouer ce rôle. D'ailleurs, Myrick et Yonge (2005) affirment que, pour la pratique de préceptorat, une formation préalable est nécessaire. Celle-ci pourrait traiter des thèmes proposés pour la formation de la préceptrice (Gouvernement du Québec, 2008). À titre d'exemple, parmi ces thèmes se trouvent le rôle de la préceptrice, la façon d'octroyer de la rétroaction constructive, les principes de base de l'enseignement clinique et la résolution de conflits (Gouvernement du Québec). Nous recommandons que les infirmières qui participeront à l'UCA puissent accumuler des heures de formation accréditées. À cet effet, dans l'UCA, des tutoriels en milieu de soins, comme dans le modèle de l'UDE (Edgecombe et al., 1999; Gonda et al., 1999), pourraient être offerts. Finalement, les résultats de cette étude indiquent que les principales informations devant être reçues par les étudiantes avant le stage sont à propos des attentes, des objectifs du stage et de l'évaluation. De plus, les étudiantes devraient bénéficier d'un accueil sur l'unité avant le début du stage afin de se familiariser avec les membres de l'équipe de soins et le fonctionnement de l'unité.

Recherche

Enfin, des recommandations pour des recherches ultérieures sont proposées. Tout d'abord, à la lumière de ce qui a été énoncé précédemment, certains sujets semblent novateurs et peu documentés: l'impact des différentes transformations organisationnelles sur l'implantation

d'une UCA, l'impact de l'expérience limitée de certaines préceptrices sur l'accompagnement des étudiantes dans une UCA, les inconvénients et les avantages possibles d'une responsabilité partagée de l'étudiante, l'évaluation et l'accompagnement d'une étudiante dans un contexte d'interdisciplinarité, l'impact du niveau d'autonomie des étudiantes sur leurs apprentissages, l'évaluation du lien entre la résistance aux changements et l'expérience des participantes, les critères d'implantation défavorables et favorables d'une UCA. Ce manque d'études empiriques représente une avenue intéressante pour des recherches ultérieures.

Ensuite, la même étude pourrait être réalisée, mais dans un contexte de soins spécifique différent ou à un moment où les professionnels de la santé ont une meilleure connaissance de l'UCA ou auprès d'une autre population, telle que celle des étudiantes ou des patients, permettant ainsi d'élargir, notre compréhension des facteurs contraignants et facilitants perçus à l'implantation d'une UCA en centre hospitalier.

Finalement, les chercheuses et l'étudiante-chercheuse du projet UCA pourraient faire une demande de subvention dans le but d'obtenir un soutien financier, facilitant ainsi l'implantation de l'UCA. Une fois l'implantation de l'UCA réalisée au Québec, diverses recherches pourraient être envisagées. En effet, une étude phénoménologique, visant à décrire et comprendre la signification de l'expérience des professionnels de la santé, des étudiantes ou des patients ayant vécu l'UCA en centre hospitalier, pourrait être menée. D'autres objectifs de recherche pouvant être traités après l'implantation de l'UCA ont également été soulevés : explorer les avantages et les limites de l'UCA au Québec, comparer les différents types de modèles de stage utilisés au Québec, analyser les coûts de l'UCA et évaluer l'impact de l'UCA sur la qualité des soins offerts aux patients.

Conclusion

En conclusion, cette étude met en évidence les facteurs contraignants et les facteurs facilitants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un CHU. À cet effet, cette étude a contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières en offrant une meilleure compréhension des facteurs reliés aux changements de pratique.

Dans un contexte où l'OIIQ indique l'importance de continuer à développer des modèles de formation interdisciplinaire, il apparaît intéressant d'implanter des UCA au Québec (OIIQ, 2010). Les résultats de cette étude contribueront à faciliter l'implantation future d'une UCA. En effet, grâce aux résultats de cette recherche, il sera possible de modifier, au besoin, les critères opérationnels et les critères d'évaluation à l'implantation de ce type d'unité. D'ailleurs, les connaissances scientifiques acquises nous ont permis de formuler des recommandations en ce qui a trait aux pratiques, à la formation et à la recherche en sciences infirmières.

Références

- Alami, S., Desjeux, D. et Garabuaou-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives* (2^e éd.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Alzharani, H.A. (2014). Mentorship teaching in clinical teaching of nursing. *Middle East Journal of Nursing*, 8(4), 15-18. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103916307&lang=fr&site=ehost-live>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2010). *Plaidoyer pour des canadiens en meilleure santé : formation en sciences infirmières pour le XXI^e siècle*. Repéré à <http://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/CASN2010FRdraftJune1.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e éd.). Toronto, Ontario: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession : guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Baldwin, A., Mills, J., Birks, M. et Budden, L. (2014). Role modeling in undergraduate nursing education : an integrative literature review. *Nurse Education Today*, 34(6), e18-e26. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.007>
- Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement. *Télescope*, 14(3), 89-105. Repéré à http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf
- Barker, E. R. et Pittman, O. (2010). Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22(3), 144-149. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2009.00487.x
- Betany, K. et Yarwood, J. (2010). Adapting the dedicated education unit model for student learning in the community. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 16(5), 22-23. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105023577&lang=fr&site=ehost-live>
- Billay, D. et Myrick, F. (2008). Preceptorship: an integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 8(4), 258-266. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.09.005>
- Billings, D. M. et Halstead, J. A. (2012). *Teaching in nursing: a guide for faculty* (4^e éd.). St-Louis, Missouri :Elsevier.

- Bourgeois, S., Drayton, N. et Brown, A. M. (2011). An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: the cluster model. *Nurse Education in Practice*, *11*(2), 114-118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.005>
- Bowden, M., Taylor, A., Nand, V., Randles Moscato, S., Little-Reece, J., Panteleon, T., ... Gordon, M. (2014). Voices from the Coalface: the impact of dedicated education units in nursing. Dans K. Edgecombe et M. Bowden (dir.), *Clinical learning and teaching innovations in nursing: dedicated education units building a better future* (vol. 10, p.140 à 179). New-York: Springer.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>
- Budgen, C. et Gamroth, L. (2008). An overview of practice education models. *Nurse Education Today*, *28*(3), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.05.005>
- Burke, K. M. et Craig, C. (2011). The dedicated education unit: innovating within the regulatory framework. *Journal of Nursing Regulation*, *1*(4), 9-12. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30318-5](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30318-5)
- Burke, K., Moscato, S. et Warner, J. (2009). A primer on the politics of partnership between education and regulation. *Journal of Professional Nursing*, *25*(6), 349-351. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.10.002>
- Callaghan, D., Watts, W. E., McCullough, D. L., Moreau, J. T., Little, M. A., Gamroth, L. M. et Durnford, K. L. (2009). The experience of two practice education models: collaborative learning unit and preceptorship. *Nurse Education in Practice*, *9*(4), 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.08.010>
- Casey, M., Hale, J., Jamieson, I., Sims, D., Whittle, R. et Kilkenny, T. (2008). Dedicated Education Units—a new way of supporting clinical learning. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, *14*(11), 24-25. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105574987&lang=fr&site=ehost-live>
- Casey, M., et Hughes, M. (2011). Supporting EN students. *Nursing New Zealand*, *17*(2), 28. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104840259&lang=fr&site=ehost-live>
- Chmura, J. Q. (2015). Dedicated education unit model in a hospice and palliative care setting. *Nurse educator*, *41*(1), 25-28. <http://dx.doi.org/10.1097/NNE.0000000000000193>

- Clark, C. M. et Springer, P. J. (2012). Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing outlook*, 60(4), e2-e8. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.08.003>
- 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://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Croxon, L. et Maginnis, C. (2009). Evaluation of clinical teaching models for nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.06.004>
- 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, Québec. : Gaétan Morin Éditeur.
- Dapremont, J. et Lee, S. (2013). Partnering to educate: dedicated education units. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 335-337. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.015>
- Dean, G. E., Reishtein, J. L., McVey, J., Ambrose, M., Burke, S. M., Haskins, M. et Jones, J. (2013). Implementing a dedicated education unit: a practice partnership with oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 208-210. <http://dx.doi.org/10.1188/13.CJON.208-210>
- Devereaux Melillo, K., Abdallah, L., Dodge, L., Dowling, J. S., Prendergast, N., Rathbone, A., ... Thornton, C. (2014). Developing a dedicated education unit in long-term care: a pilot project. *Geriatric Nursing*, 35(4), 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.02.022>
- Edgecombe, K. (2014). Dedicated Education Units in Nursing: the concept. Dans K. Edgecombe et M. Bowden (dir.), *Clinical learning and teaching innovations in nursing: dedicated education units building a better future* (vol. 10, p. 26 à 42). New-York: Springer.
- Edgecombe, K. et Bowden, M. (2014). *Clinical learning and teaching innovations in nursing: dedicated education units building a better future* (vol. 10). New-York: Springer.
- Edgecombe, K., Wotton, K., Gonda, J. et Mason, P. (1999). Dedicated education units: 1 a new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse*, 8(4), 166-171. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.1999.8.4.166>
- Edmond, C. B. (2001). A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today*, 21(4), 251-259. <https://doi.org/10.1054/nedt.2000.0543>

- Feng, R. F. et Tsai, Y. F. (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.
- Fleury, D. et Tremblay, H. (2011, octobre). *Soins et formation : un tandem nécessaire*. Communication présentée au Congrès de l'OIIQ 2011, Montréal. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/OIIQ_actes_du_congres_2011.pdf
- Forbes, M. O., Hickey, M. T. et White, J. (2010). Adjunct faculty development: reported needs and innovative solutions. *Journal of Professional Nursing*, 26(2), 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.08.001>
- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e éd.). Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Freundl, M., Anthony, M., Johnson, B., Harmer, B. M., Carter, J. M., Boudiab, L. D. et Nelson, V. (2012). A dedicated education unit VA medical centers and baccalaureate nursing programs partnership model. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), 344-350. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.05.008>
- Gaberson, K. B. et Oermann, M. H. (2007). *Clinical teaching strategies in nursing* (2^e éd.). New York: Springer Pub.
- Gaberson, K. B. et Oermann, M. H. (2010). *Clinical teaching strategies in nursing* (3^e éd.). New York : Springer Pub.
- Glazer, G., Erickson, J. I., Mylott, L., Mulready-Shick, J. et Banister, G. (2011). Partnering and leadership: core requirements for developing a dedicated education unit. *Journal of Nursing Administration*, 41(10), 401-406. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822edd79>
- Gonda, J. (2014). An “idea whose time had come”: the Flinders university school of nursing dedicated education unit- an historical perspective. Dans K. Edgecombe et M. Bowden (dir.), *Clinical learning and teaching innovations in nursing: dedicated education units building a better future* (vol. 10, p. 61 à 76). New-York: Springer.
- Gonda, J., Wotton, K., Edgecombe, K. et Mason, P. (1999). Dedicated education units: 2 an evaluation. *Contemporary Nurse*, 8(4), 172-176. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.1999.8.4.172>

- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C. et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1685>
- Gouvernement du Québec (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat, Cadre de référence*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-526-01.pdf>
- Grealish, L. et Ranse, K. (2009). An exploratory study of first year nursing students' learning in the clinical workplace. *Contemporary Nurse*, 33(1), 80-92. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.33.1.80>
- Ha, L. et Pepin, J. (2008). *Les stages en sciences infirmières : recension d'écrits*. Montréal, Québec : Centre d'innovation en formation infirmière, CIFI. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf
- Hannon, P. O., Hunt, C. A., Haleem, D., King, L., Day, L. et Casals, P. (2012). Implementation of a dedicated education unit for baccalaureate students: process and evaluation. *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 155-159. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104394685&lang=fr&site=ehost-live>
- Henderson, A. et Tyler, S. (2011). Facilitating learning in clinical practice: evaluation of a trial of a supervisor of clinical education role. *Nurse education in practice*, 11(5), 288-292. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.01.003>
- Hennink, M. M. (2007). *International focus group research : a handbook for the health and social sciences*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Hermanowicz, J. C. (2002). The great interview: 25 strategies for studying people in bed. *Qualitative sociology*, 25(4), 479-499. DOI : 10.1023/A : 1021062932081
- Hickey, M. T. (2010). Baccalaureate nursing graduates' perceptions of their clinical instructional experiences and preparation for practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.03.001>
- Jamieson, I., Hale, J., Sims, D., Casey, M., Whittle, R. et Kilkenny, T. (2008). *Establishing dedicated education units for undergraduate nursing students. Pilot project summary report*. Repéré à http://tekete.ara.ac.nz/file/76183976-95c0-408f-8545-37819e143723/1/Jamieson_2008_report.pdf
- Korzon, J. et Trimmer, W. (2015). The mutual benefits of preceptorship. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21(8), 14-16. Repéré à

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109545106&lang=fr&site=e=ehost-live>

- Krueger, R.A. (1998a). Developing Questions for Focus Groups. Dans D.L. Morgan, R. A. Krueger, J. A. King et A. U. Scannell (dir.), *Focus group kit* (Vol. 3). Thousand Oaks, Californie: SAGE Publications.
- Krueger, R.A. (1998b). Moderating Focus Groups. Dans D.L. Morgan, R. A. Krueger, J. A. King et A. U. Scannell (dir.), *Focus group kit* (Vol.4). Thousand Oaks, Californie: SAGE Publications.
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2009). *Focus groups: a practical guide for applied research* (4^e éd.). Los Angeles, Californie: Sage Publications, Inc.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Los Angeles, Californie ; London: SAGE.
- Larue, C., Pepin, J. et Allard, É. (2013). *Les stages en sciences infirmières au 21e siècle - recensions d'écrits: simulation, critères de qualité et encadrement*. Montréal, Québec: Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). Repéré à http://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/CIFI_2013_-_Les_stages_au_21e_siecle.pdf
- Leclerc, B. S., Jacob, J. et Paquette, J. (2014). *Incitatifs et obstacles à la supervision de stages dans les établissements de santé et de services sociaux de la région de Montréal: une responsabilité partagée*. Repéré à http://www.centreinteractions.ca/fileadmin/cssl_bcsl/Menu_du_haut/Publications/Centre_de_recherche_InterActions/Unite_d_evaluation/rapport_supervision_stages_final.pdf
- Levett-Jones, T., Fahy, K., Parsons, K. et Mitchell, A. (2006). Enhancing nursing students' clinical placement experiences: a quality improvement project. *Contemporary Nurse*, 23(1), 58-71. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2006.23.1.58>
- Levett-Jones, T. et Lathlean, J. (2008). Belongingness: a prerequisite for nursing students' clinical learning. *Nurse Education in Practice*, 8(2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.04.003>
- Levett-Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I. et McMillan, M. (2009). Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 316-324. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x.
- Levett-Jones, T., Lathlean, J., McMillan, M. et Higgins, I. (2007). Belongingness: a montage of nursing students' stories of their clinical placement experiences. *Contemporary Nurse*, 24(2), 162-174. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2007.24.2.162>

- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Californie: Sage Publications.
- Little, M. (2007). *The Interprofessional Collaborative Learning Unit (IPCLU) Project*. Victoria, Colombie-Britannique : Université de Victoria.
- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* (adaptation française par D.F. Polit et C.T. Beck). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Lougheed, M. et Galloway Ford, A. (2005). *The collaborative learning units- model of practice education for nursing: a summary*. Repéré à <http://docplayer.net/9108076-The-collaborative-learning-units-model-of-practice-education-for-nursing-a-summary.html>
- Love, K. (2014). A midrange theory of empowered holistic nursing education: a pedagogy for a student-centered classroom. *Creative Nursing*, 20(1), 47-58. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.20.1.47>
- Luhanga, F. L., Billay, D., Grundy, Q., Myrick, F. et Yonge, O. (2010). The one-to-one relationship: is it really key to an effective preceptorship experience? A review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1-15. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.2012>
- MacIntyre, R. C., Murray, T. A., Teel, C. S. et Karshmer, J. F. (2009). Five recommendations for prelicensure clinical nursing education. *Journal of Nursing Education*, 48(8), 447-453. DOI: 10.3928/01484834-20090717-03
- McAllister, M., Tower, M. et Walker, R. (2007). Gentle interruptions: transformative approaches to clinical teaching. *Journal of Nursing Education*, 46(7). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106138748&lang=fr&site=ehost-live>
- McCullough, D., Sawchenko, L. (2007). *Collaborative learning units: An integrated and interprofessional practice education model* (Rapport n^o 0046-06). Colombie-Britannique: University of BC Okanagan et Interior Health.
- MacFarlane, E., Milliken, J., Ouellet, L. L., Thrasher, C., Gartner, J., Harder, N. et Cox Stevenson, K. (2007). Overcoming the challenges of providing clinical/practice education. *Canadian Nurse*, 103(6), 18-22. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106179334&lang=fr&site=ehost-live>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris, France: De Boeck Université.

- Moore, J. et Nahigian, E. (2013). Nursing student perceptions of nurse-to-nurse collaboration in dedicated education units and in traditional clinical instruction units. *Journal of Nursing Education*, 52(6), 346-350. Doi:10.3928/01484834-20130509-01
- Morgan, D. L., Krueger, R. A., King, J. A. et Scannell, A. U. (1998). *Focus group kit*. Thousand Oaks, Californie: SAGE Publications.
- Moscato, S. R., Miller, J., Logsdon, K., Weinberg, S. et Chorpenning, L. (2007). Dedicated education unit: an innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*, 55(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2006.11.001>
- Myrick, F. et Yonge, O. (2005). *Nursing Preceptorship: connecting practice and education*. Philadelphia, Pennsylvanie: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *How to change practice : Understand, identify and overcome barriers to change*. Londres, Royaume-Uni : MidCity Place. Repéré à <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Nishioka, V. M., Coe, M. T., Hanita, M. et Moscato, S. R. (2014a). Dedicated education unit: nurse perspectives on their clinical teaching role. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 294-300. <http://dx.doi.org/10.5480/14-1381>
- Nishioka, V. M., Coe, M. T., Hanita, M. et Moscato, S. R. (2014b). Dedicated Education Unit: Student Perspectives. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 301-307. <http://dx.doi.org/10.5480/14-1380>
- Omansky, G. L. (2010). Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 697-703. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01145.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Sondage effectué auprès des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) de la cohorte 2004*. Montréal, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/215-CEPIresults-final.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2008). *Étude sur l'évolution du programme de la formation infirmière intégrée (collégiale et universitaire)*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/comites/etude_evolution_programme_formation_infirmiere_integree.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Recommandation sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée : rapport du comité d'experts sur les stages*

- cliniques*. Montréal, Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Information au Conseil d'administration de l'OIIQ : indicateurs de qualité de la formation infirmière*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/comites/information-au-CA-indicateurs-qualite-formation-infirmiere.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Exposition aux situations cliniques dans la formation infirmière*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/comites/2015/avis-exposition-situations-cliniques-2015.pdf
- Parchebafieh, S., Gholizadeh, L., Lakdizaji, S., Ghiasvandiyan, S. et Davoodi, A. (2014). Effectiveness of the clinical teaching associate model to improve clinical learning outcomes: a randomized controlled trial. *Nurse educator*, 39(4), 202-205. <http://dx.doi.org/10.1097/NNE.0000000000000054>
- Parker, A. et Tritter, J. (2006). Focus group method and methodology: current practice and recent debate. *International Journal of Research & Method in Education*, 29(1), 23-37. <http://dx.doi.org/10.1080/01406720500537304>
- Pepin, J. (2011, octobre). *Entre l'Europe et l'Amérique, la formation infirmière au Québec*. Communication présentée au Congrès de l'OIIQ 2011, Montréal. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/dossiers_strategiques/OIIQ_actes_du_congres_2011.pdf
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Éducation inc.
- Perry, B. (2009). Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 9(1), 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.05.001>
- Peters, K., Halcomb, E. J. et McInnes, S. (2013). Clinical placements in general practice: relationships between practice nurses and tertiary institutions. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.007>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7^e éd.). Philadelphie, Pennsylvanie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranse, K. et Grealish, L. (2007). Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the dedicated education unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 171-179. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04220.x>

- Saxton, R., Warmbrodt, L., Mahley, S., Reberry, D. et McNeece, P. (2015). The Dedicated Education Unit Experience: What's in It for Professional Development Nurses? *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(3), 145-150. Doi : 10.1097/NND.0000000000000178
- Sedgwick, M. et Harris, S. (2012). A critique of the undergraduate nursing preceptorship model. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/248356>
- Smyer, T., Gatlin, T., Tan, R., Tejada, M. et Feng, D. (2015). Academic Outcome Measures of a Dedicated Education Unit Over Time: Help or Hinder? *Nurse Educator*, 40(6), 294-297. DOI: 10.1097/NNE.0000000000000176
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44. Repéré à https://cdc.qc.ca/ped_coll/pdf/Tardif_16_3.pdf
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de formation*. Montréal, Québec : Chenelière-éducation.
- Tardif, J. et Presseau, A. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique ?* Paris, France : E.S.F. éditeur.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire. *Recherches qualitatives*, 5, 38-45. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Lorraine_Savoie-Zajc/publication/237504691_Comment_peut-on_construire_un_echantillonnage_scientifiquement_valide/links/560951f408ae1396914a0131/Comment-peut-on-construire-un-echantillonnage-scientifiquement-valide.pdf#page=41
- Udlis, K. A. (2008). Preceptorship in undergraduate nursing education: an integrative review. *Journal of Nursing Education*, 47(1), 20-29. <http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20080101-09>
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Watson, S., Flotman, B., Fourie, W., McClelland, B., Kivell, D., Cooper, L., ... Whittle, R. (2012). *A practical guide to developing a dedicated education unit*. Wellington, Nouvelle-Zélande : Ako Aotearoa.
- Webb, C. et Shakespeare, P. (2008). Judgements about mentoring relationships in nurse education. *Nurse Education Today*, 28(5), 563-571. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.006>

Wotton, K. et Gonda, J. (1999, juillet). *Redesigning clinical experience for undergraduate nursing students: an innovative model*. Communication présentée à la conférence internationale annuel : Higher Education Research and Development Society of Australia, Australie. Repéré à

http://www.researchgate.net/profile/Karen_Wotton/publication/251182836_Redesigning_clinical_experience_for_undergraduate_nursing_students_an_innovative_model/links/53d1e6f20cf228d363e8f1ae.pdf

Wotton, K. et Gonda, J. (2004). Clinician and student evaluation of a collaborative clinical teaching model. *Nurse Education in Practice*, 4(2), 120-127. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00033-7)

Appendice A

Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche

Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche

Titre de l'étude : Développer des unités collaboratives d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec : Exploration des facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage en centre hospitalier

Directrice de recherche et chercheuse principale de l'UdeM : Caroline Larue, vice-doyenne aux études supérieures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM)

Étudiante-chercheuse : Kim Jade Martel, candidate à la maîtrise en sciences infirmières option formation à l'UdeM

Chercheuse responsable du CHU Sainte-Justine : Sylvie Le May, chercheuse au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

Chères infirmières*,

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet de recherche portant sur les facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage (UCA) en centre hospitalier. Vous vous demandez sans doute, qu'est-ce qu'une UCA? L'UCA se définit comme étant un modèle d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique dans lequel un groupe d'étudiantes* en sciences infirmières est affecté à une unité de soins plutôt qu'à une préceptrice* et dans lequel une attention particulière est accordée à la collaboration et à l'apprentissage des étudiantes.

Afin que vous soyez plus familier avec l'UCA, qui a été développé et implanté en Colombie-Britannique, nous vous invitons à assister à une présentation de 15 minutes que donnera l'étudiante-chercheuse au sujet de ce modèle.

Date	Heure	Lieu
22 avril 2016	9 :00	██████████

De plus, lors de cette présentation, toutes les informations nécessaires, concernant le projet de recherche pour lequel nous sollicitons votre participation, vous seront présentées afin que vous puissiez décider si vous désirez ou non y participer.

L'exposition à des situations cliniques est un aspect déterminant dans la formation des futures infirmières. Au Québec, les modèles actuels d'enseignement et d'apprentissage en milieu

clinique sont le préceptorat et le groupe de stage. Bien que ces modèles aient plusieurs avantages, ceux-ci ont certaines limites. Ainsi, il est pertinent d'explorer la possibilité d'implanter un modèle complémentaire aux modèles actuels. Les participantes* de cette recherche qualitative exploratoire devront répondre aux critères de sélection suivants:

- Être une infirmière technicienne, clinicienne ou clinicienne spécialisée avec ou sans expérience en préceptorat
- Avoir réussi son programme d'étude en sciences infirmières depuis plus de six mois
- Avoir un poste à temps complet, à temps partiel ou un remplacement depuis au moins trois mois dans le secteur pédiatrique du CHU Ste-Justine ou faire partie des infirmières de l'équipe volante à temps complet ou à temps partiel, qui seront identifiées par les membres du comité d'experts sur l'UCA, étant donné que celles-ci sont appelées à travailler régulièrement sur les unités pédiatriques
- Travailler sur le quart de travail de jour ou de soir
- Avoir acquis une connaissance de base de l'UCA grâce à la présentation faite par l'étudiante-chercheuse ou encore grâce à la consultation d'informations écrites

Si vous décidez de participer à l'étude, votre implication consistera à nous accorder 60 minutes de votre temps pour une entrevue individuelle qui se déroulera à un moment et un endroit qui vous conviendra le mieux en dehors de vos heures de travail. Lors de l'entrevue, vous serez appelé à répondre à des questions concernant l'objet de l'étude. Votre participation pourrait apporter une contribution particulière à l'implantation d'une UCA dans une unité du secteur pédiatrique du CHU Ste-Justine.

Nous vous remercions de l'attention portée à cette invitation,
Au plaisir de discuter avec vous de ce projet novateur et fort intéressant,

Kim Jade Martel, Étudiante-chercheuse
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

*Bien que le féminin soit privilégié dans cette invitation, ceci n'exclut pas le genre masculin

Appendice B

Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des entrevues individuelles

Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des entrevues individuelles

Bonjour, je vous remercie de votre participation à cette entrevue individuelle portant sur l'unité collaborative d'apprentissage (UCA). Mon nom est Kim Jade Martel et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, option formation à l'Université de Montréal (UdeM) sous la direction de Caroline Larue, vice-doyenne aux études supérieures à la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM et chercheuse régulière au Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de l'UdeM. Dans le cadre de ma maîtrise, le projet de recherche a pour but d'explorer les facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire. Cette entrevue individuelle permettra donc de connaître les facteurs facilitants et contraignants que vous percevez quant à l'implantation d'une UCA. D'ailleurs, ce projet de maîtrise s'inscrit dans un plus grand projet de recherche de l'Équipe FUTUR du CIFI. Je suis assistante de recherche pour ce grand projet qui est dirigée par Caroline Larue et qui s'intitule : «développer des unités collaboratives d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec ». Ainsi, vos perceptions des facteurs facilitants et contraignants à l'implantation d'une UCA seront utiles à l'élaboration de ce type d'unité.

Tout d'abord, lors de cette entrevue, je vais vous poser différentes questions. Il est important de vous mentionner qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions étant donné que c'est votre perception que nous désirons connaître quant aux facteurs facilitants et contraignants l'implantation d'une UCA. Ainsi, toutes vos idées sont les bienvenues. Ensuite, comme indiqué dans le formulaire de consentement de cette étude, cette entrevue individuelle de 60 minutes sera enregistrée sur une bande audionumérique afin de garder une trace de la justesse des informations que vous allez me partager. Cet enregistrement sera conservé sous clés dans le bureau de la directrice de maîtrise de l'étudiante-chercheuse et l'enregistrement sera détruit à la suite de sa transcription. D'ailleurs, uniquement la chercheuse du CHU de cette étude ainsi que l'étudiante-chercheuse et sa directrice de maîtrise auront accès à cet enregistrement. De plus, soyez assuré que votre anonymat sera conservé dans toutes les communications verbales et écrites en lien avec ce projet puisque votre prénom sera remplacé par un code. Votre participation à cette étude est donc confidentielle et

importante. Toutefois, si vous désirez mettre fin à cette entrevue, vous pouvez le faire à tout moment. De plus, n'hésitez pas à me partager vos questionnements, lors de cette entrevue. D'ailleurs, avez-vous des questions ou préoccupations que vous aimeriez me mentionner avant que nous commencions l'entrevue?

Maintenant, je vous prierais de bien vouloir remplir le questionnaire sociodémographique avant que nous commencions l'entrevue.

Introduction réalisée à l'aide de l'écrit d'Hermanowicz (2002).

Appendice C

Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des groupes de discussion

Introduction pour l'étudiante-chercheuse lors des groupes de discussion

Accueil

À l'arrivée des participant(e)s, ceux-ci ou celles-ci seront invités à remplir le questionnaire sociodémographique ainsi qu'à écrire leur nom sur un carton pour le groupe de discussion.

Brève présentation du projet et des règles de base

Bonjour à tous,

Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à ce groupe de discussion portant sur l'unité collaborative d'apprentissage (UCA). Mon nom est Kim Jade Martel et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, option formation à l'Université de Montréal (UdeM) sous la direction de Caroline Larue, vice-doyenne aux études supérieures à la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM et chercheuse régulière au Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de l'UdeM. Dans le cadre de ma maîtrise, le projet de recherche a pour but d'explorer les facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiantes en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une UCA dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire. Ce groupe de discussion permettra donc de connaître les facteurs facilitants et contraignants que vous percevez quant à l'implantation d'une UCA. D'ailleurs, ce projet de maîtrise s'inscrit dans un plus grand projet de recherche de l'Équipe FUTUR du CIFI. Je suis assistante de recherche pour ce grand projet qui est dirigée par Caroline Larue et qui s'intitule : «développer des unités collaboratives d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec ». Ainsi, vos perceptions des facteurs facilitants et contraignants à l'implantation d'une UCA seront utiles à l'élaboration de ce type d'unité.

Avant de commencer les échanges, il est important de mentionner quelques informations qui favoriseront le bon déroulement de ce groupe de discussion. Premièrement, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses et il est probable que vous ayez des points de vue différents. Ainsi, même si votre opinion est différente à celle des autres participant(e)s, j'aimerais que vous vous sentiez libre et à l'aise de nous partager votre opinion, qui pourrait s'avérer intéressante et pertinente pour cette étude.

Deuxièmement, comme indiqué dans le formulaire de consentement de cette étude, ce groupe de discussion de 60 minutes sera enregistré sur une bande audionumérique afin qu'aucune information ne soit manquée. Cet enregistrement sera conservé sous clés dans le bureau de la directrice et sera détruit à la suite de sa transcription. D'ailleurs, uniquement la chercheuse du CHU de cette étude ainsi que l'étudiante-chercheuse et sa directrice de maîtrise auront accès à cet enregistrement. De plus, dans le cadre de ce groupe de discussion, nous utiliserons nos prénoms pour favoriser les échanges. Toutefois, soyez assuré que votre anonymat sera conservé dans toutes les communications verbales et écrites en lien avec ce projet puisque vos prénoms seront remplacés par des codes. Tous vos commentaires seront donc confidentiels. Aussi, il est important que chaque participant(e) respecte son devoir de confidentialité en assurant l'anonymat des autres participant(e)s de cette étude.

Troisièmement, lors de ce groupe de discussion, nous vous encourageons à avoir une conversation entre vous, c'est-à-dire que vous pouvez vous exprimer à la suite des commentaires des autres participant(e)s lorsque vous avez quelque chose à partager en lien avec ces commentaires. Toutefois, afin de faciliter les échanges, je vous demande de parler une personne à la fois. De plus, en tant qu'animatrice de ce groupe de discussion, je devrais m'assurer que tous ou toutes les participant(e)s ont la chance de partager leurs opinions étant donné que nous souhaitons écouter toutes vos opinions. Ainsi, au cours des échanges, il se peut que je vous demande de laisser la parole aux personnes ayant moins eu la chance d'exprimer leur opinion. Si je vous interromps, c'est uniquement dans l'optique de permettre à tous ou toutes les participant(e)s de partager leurs idées durant ce groupe de discussion.

Finalement, afin de ne pas nuire aux échanges de ce groupe de discussion, je vous demanderais de bien vouloir mettre votre téléphone cellulaire ou votre téléavertisseur sur le mode silencieux. Advenant le cas où vous devriez répondre à un appel, je vous prierais de le faire à l'extérieur de ce local. Nous allons maintenant commencer le groupe de discussion. Je vais vous poser différentes questions et je vais vous inviter à passer d'un thème à l'autre en fonction du temps prévu pour chacun de ces thèmes.

Introduction réalisée à l'aide des écrits de Krueger et Casey (2009); Morgan, Krueger, King et Scannell (1998).

Appendice D

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Les données recueillies dans ce questionnaire demeureront confidentielles.

Date : ____ / ____ / ____
Années Mois Date

Code : _____

Questions générales :

1. Quel est votre genre?

F M

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

< 20 ans 41 à 50 ans
 20 à 30 ans > 50 ans
 31 à 40 ans

Questions en lien avec le travail :

3. Qui est votre employeur?

CHU Université

4. Quel est votre titre d'emploi?

Infirmière technicienne Travailleur social
 Infirmière clinicienne Physiothérapeute
 Infirmière clinicienne spécialisée Autre profession : _____
 Médecin

5. Quel est votre statut d'emploi?

Temps complet
 Temps partiel
 Remplacement

6. Quel est votre quart de travail?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Rotation Jour/ Soir |
| <input type="checkbox"/> Soir | <input type="checkbox"/> Rotation Jour/ Nuit |
| | <input type="checkbox"/> Rotation Soir/ Nuit |

7. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que professionnels de la santé?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 2 ans | <input type="checkbox"/> 16-20 ans |
| <input type="checkbox"/> 2-5 ans | <input type="checkbox"/> 21-25 ans |
| <input type="checkbox"/> 6-10 ans | <input type="checkbox"/> 26-30 ans |
| <input type="checkbox"/> 11-15 ans | <input type="checkbox"/> > 30 ans |

8. Combien d'années d'expérience avez-vous dans le secteur pédiatrique?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 2 ans | <input type="checkbox"/> 16-20 ans |
| <input type="checkbox"/> 2-5 ans | <input type="checkbox"/> 21-25 ans |
| <input type="checkbox"/> 6-10 ans | <input type="checkbox"/> 26-30 ans |
| <input type="checkbox"/> 11-15 ans | <input type="checkbox"/> > 30 ans |

Questions en lien avec la formation :

9. Quel est votre niveau de formation générale?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Collégial | <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu | <input type="checkbox"/> En voie d'obtention |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu | <input type="checkbox"/> En voie d'obtention |
| <input type="checkbox"/> Maîtrise | <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu | <input type="checkbox"/> En voie d'obtention |
| <input type="checkbox"/> Doctorat | <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu | <input type="checkbox"/> En voie d'obtention |

Autre : _____

10. Avez-vous déjà fait du préceptorat auprès d'étudiante(s) ou d'employé(s) novice(s)?

- Oui Non

Si vous avez répondu oui à la question 10, veuillez répondre aux questions suivantes:

11. Depuis combien de temps, êtes-vous appelés à jouer le rôle de précepteur ou préceptrice?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 1 an | <input type="checkbox"/> 11-15 ans |
| <input type="checkbox"/> 1-3 ans | <input type="checkbox"/> 16-20 ans |
| <input type="checkbox"/> 3-5 ans | <input type="checkbox"/> 21-25 ans |
| <input type="checkbox"/> 6-10 ans | <input type="checkbox"/> > 25 ans |

12. Après de combien d'étudiante(s), avez-vous été appelés à jouer le rôle de précepteur ou préceptrice?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-3 | <input type="checkbox"/> 10-15 |
| <input type="checkbox"/> 4-6 | <input type="checkbox"/> 16-20 |
| <input type="checkbox"/> 7-9 | <input type="checkbox"/> > 20 |

13. Après de combien d'externe(s), de candidate(s) à l'exercice de la profession infirmière et d'infirmière(s) novice(s) ou d'infirmière(s) avec un permis restrictif temporaire, avez-vous été appelés à jouer le rôle de précepteur ou préceptrice?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-3 | <input type="checkbox"/> 10-15 |
| <input type="checkbox"/> 4-6 | <input type="checkbox"/> 16-20 |
| <input type="checkbox"/> 7-9 | <input type="checkbox"/> > 20 |

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Appendice E

Guide d'entrevue pour les entrevues individuelles et les groupes de discussion

Guide d'entrevue pour les entrevues individuelles et les groupes de discussion

Ouverture

Tout d'abord, afin de briser la glace, j'aimerais que vous vous présentiez en mentionnant votre nom et en mentionnant le modèle d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique avec lequel vous êtes le plus familier.

Question d'introduction

Dernièrement, l'unité collaborative d'apprentissage (UCA) vous a été présentée.

1. Pouvez-vous m'expliquer en vos mots ce que c'est une UCA? Décrivez-moi ce type d'unité brièvement. (*S'il ne se passe rien – d'après vos souvenirs, quelles sont les particularités de ce modèle?*)

Question de transition

2. En quelques mots, pouvez-vous nous partager votre première impression de l'UCA?

Questions clés

3. D'après vous, quels sont les défis que vous anticipez à l'implantation éventuelle d'une UCA en centre hospitalier? (*Pourquoi? Pourriez-vous donner des exemples?*)
 - *Défis sur le plan personnel*
 - *Défis pour l'université*
 - *Défis pour l'hôpital*
 - *Défis pour l'unité de soins*
4. D'après vous, quels sont les éléments qui pourraient contribuer à l'implantation d'une UCA en centre hospitalier? (*Précisez*)
 - *Éléments concernant le plan personnel*
 - *Éléments concernant l'université*
 - *Éléments concernant l'hôpital*

- *Éléments concernant l'unité de soins*

Questions finales

5. Parmi les différents éléments dont nous venons de discuter, d'après vous, qu'est-ce qui serait le plus important à considérer dans la mise en œuvre d'une UCA?

Ensuite, l'étudiante-chercheuse, soit l'animatrice des entrevues, fera un résumé oral d'environ deux minutes sur les discussions qui auront eu lieu concernant les questions clés de ce guide d'entrevue semi-structurée.

6. L'étudiante-chercheuse posera par la suite aux participant(e)s la question suivante : est-ce que ce résumé décrit correctement ce qui a été dit lors de l'entrevue?
7. Pour terminer, avez-vous quelque chose à ajouter concernant ce qui pourrait favoriser ou rendre difficile l'implantation éventuelle d'une UCA?

Remerciement

L'entrevue est maintenant terminée. Nous vous remercions pour votre temps et pour votre précieuse participation à cette étude.

Guide d'entrevue créé à l'aide des écrits suivants : Hermanowicz (2002); Krueger et Casey (2009); Morgan et al., (1998); *NICE* (2007).

Appendice F

Formulaire d'information et de consentement

INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Développer des unités collaboratives d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec : Exploration des facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage en centre hospitalier

NOM DU OU DE LA PARTICIPANT(E)

Nom :

Code :

CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE (CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE)

Chercheuse responsable
Sylvie Lemay, inf., Ph. D
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)

Directrice de maîtrise
Chercheuse responsable
Caroline Larue, inf., Ph. D.
Vice-doyenne aux études supérieures
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Étudiante à la maîtrise
Étudiante-chercheuse
Kim Jade Martel, inf., B. Sc. Inf
Candidate à la maîtrise en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

SOURCE DE FINANCEMENT

Ce projet s'inscrit dans un grand projet de l'équipe FUTUR du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal (UdeM), intitulé : développer des unités cliniques d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec. Ce grand projet, dirigé par Madame Caroline Larue, est financé par un organisme subventionnaire public provincial, soit l'équipe FUTUR.

POURQUOI ÊTES-VOUS INVITÉ À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE ?

Le centre hospitalier universitaire a pour mission d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec. Parmi les mandats découlant de cette mission, il est possible de retrouver l'enseignement auprès des futurs professionnels de la santé et des intervenants du réseau. Ainsi, le secteur pédiatrique participera à ce projet de recherche touchant le domaine de la formation des sciences infirmières. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour décider.

POURQUOI MÈNE-T-ON CE PROJET DE RECHERCHE?

Contexte et pertinence de la recherche :

Les stages en sciences infirmières jouent un rôle essentiel dans la formation des futurs infirmiers et infirmières (OIIQ, 2009). En effet, le développement des compétences essentielles à l'exercice de la profession infirmière se fait essentiellement par une exposition à des situations cliniques (OIIQ). Actuellement au Québec, les modèles d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique utilisés pour les stages cliniques des étudiant(e)s en sciences infirmières sont le modèle du préceptorat où l'étudiant(e) est en interaction avec un infirmier ou une infirmière d'une unité de soins, et le modèle de groupe où un groupe de six à huit étudiant(e)s est jumelé avec un infirmier ou une infirmière du milieu académique ou du milieu clinique (Ha et Pepin, 2008; OIIQ). Ces modèles ont plusieurs avantages, mais aussi

certaines limites et celles-ci nous amènent à nous questionner sur la pertinence d'explorer la possibilité d'implanter un modèle complémentaire aux modèles actuels. Par conséquent, l'unité collaborative d'apprentissage (UCA), développée et implantée en Colombie-Britannique, apparaît intéressante à explorer (Lougheed et Galloway, 2005). L'UCA est définie comme un modèle d'enseignement et d'apprentissage en milieu clinique, qui est complémentaire aux modèles actuels, où un groupe d'étudiant(e)s est affecté à une unité de soins qui est, en soi, un lieu d'apprentissage (Lougheed et Galloway). À notre connaissance, ce type d'unité n'existe pas au Québec et l'UCA n'a fait l'objet d'aucune étude au Québec.

Objectif de la recherche :

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à explorer les facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé engagés directement ou indirectement dans la formation des étudiant(e)s en sciences infirmières, quant à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage dans le secteur pédiatrique d'un centre hospitalier universitaire.

Nombre de participant(e)s impliqué(e)s :

Environ 14 participant(e)s provenant du CHU Sainte-Justine et de l'UdeM participeront à ce projet de recherche.

COMMENT SE DÉROULERA LE PROJET DE RECHERCHE?

Si vous décidez de participer à cette étude, nous vous demanderons de participer à un groupe de discussion ou à une entrevue individuelle. Les participant(e)s qui seront appelées à participer à un groupe de discussion sont les membres du comité d'experts qui ont pour mandat de déterminer les critères opérationnels et les critères d'évaluation qui permettront d'implanter une UCA dans des unités de soins du secteur pédiatrique du CHU Sainte-Justine tandis que les participant(e)s qui seront appelé(e)s à participer à une entrevue individuelle sont des infirmiers ou des infirmières du secteur pédiatrique avec ou sans expérience de préceptorat ainsi qu'une coordonnatrice de stage de l'UdeM, responsable des stages en milieu clinique réalisé dans le secteur pédiatrique du CHU Sainte-Justine.

Lors de ces entrevues d'environ 60 minutes, vous serez d'abord appelés à remplir un questionnaire sociodémographique, et ensuite, l'étudiante-chercheuse vous posera des questions dans le but d'explorer les facteurs facilitants et contraignants que vous percevez à l'implantation d'une UCA en centre hospitalier. Ces entrevues seront enregistrées sur bande audionumérique et transcrites par la suite aux fins d'analyse. De plus, lors de ces entrevues, l'étudiante-chercheuse notera certains éléments qui pourront être utilisés comme source d'informations additionnelles au cours de l'analyse des données.

Pour le ou les groupe(s) de discussion :

Le ou les groupe(s) de discussion se déroulera/dérouleront dans un local du secteur de l'enseignement du centre hospitalier universitaire à un moment opportun pour tous ou toutes les participant(e)s. L'outil de planification Doodle sera utilisé pour déterminer ce moment opportun. Le ou les groupe(s) de discussion aura/auront lieu en dehors des heures de travail.

Pour les entrevues individuelles :

Les entrevues individuelles se dérouleront dans un local fermé du centre hospitalier universitaire ou du centre universitaire ou encore dans un endroit choisi par le ou la participant(e). La date et l'heure des entrevues individuelles seront déterminées avec chaque participant(e) de l'étude afin de respecter les disponibilités de chacun(e). Les entrevues auront lieu en dehors des heures de travail.

QUELS SONT LES RISQUES?

Les inconvénients associés au projet de recherche sont le temps que vous accorderez pour l'entrevue individuelle ou le groupe de discussion, la possibilité que des collègues de travail connaissent l'identité des participant(e)s de l'étude si les entrevues individuelles ou le ou les groupe(s) de discussion se déroulent sur les lieux de travail ainsi que les coûts reliés au déplacement possible des participant(e)s en lien avec l'entrevue individuelle.

Pour limiter ces inconvénients, le ou les groupe(s) de discussion se déroulera/dérouleront en retrait dans un local du secteur de l'enseignement du centre hospitalier universitaire.

Pour les entrevues individuelles, chaque participant(e) décidera de l'endroit, de la date et de l'heure qui leur conviendra le mieux pour effectuer l'entrevue individuelle.

Y-A-T-IL DES AVANTAGES À PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE?

Nous espérons que ce projet de recherche vous sera personnellement bénéfique, mais nous n'en sommes pas certains. Un avantage potentiel que nous souhaitons est que les résultats de cette étude soient considérés pour l'implantation future d'une UCA. En effet, grâce aux résultats de cette recherche, les critères opérationnels et d'évaluation à l'implantation d'une UCA dans une unité de soins du secteur pédiatrique du centre hospitalier universitaire Sainte-Justine seront possiblement modifiés. Aussi, un autre avantage potentiel que nous souhaitons est que les résultats obtenus puissent contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières quant aux facteurs en lien avec les changements de pratique dans le domaine de la santé.

QUELS SONT LES AUTRES ASPECTS FINANCIERS?

À titre de remerciement, grâce à un tirage au sort, une carte-cadeau *shoppingfairview* d'un montant de 30 \$ sera remise à un(e) des participant(e)s des entrevues individuelles ainsi qu'à un(e) des participant(e)s du ou des groupe(s) de discussion.

COMMENT LA CONFIDENTIALITÉ EST-ELLE ASSURÉE?

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Votre identité sera protégée en remplaçant votre nom par un code de recherche. Seule l'équipe de recherche du centre hospitalier universitaire et du Centre universitaire auront accès au lien entre le code et votre nom. Afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, les organismes suivants pourraient consulter votre dossier de recherche :

- Le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

Ils adhèrent tous à une politique de confidentialité.

Les données de recherche, soient les formulaires de consentements signés et les questionnaires sociodémographiques seront conservés pendant sept ans de façon sécuritaire dans un classeur verrouillé dans le bureau de la directrice de recherche, vice-doyenne aux études supérieures de l'UdeM. Sept ans après la fin du projet de recherche, ces données seront détruites. Quant aux enregistrements audio numériques du ou des groupe(s) de discussion et des entrevues individuelles, ceux-ci seront conservés de façon sécuritaire dans un classeur verrouillé dans le bureau de la directrice de recherche, vice-doyenne aux études supérieures de l'UdeM jusqu'à ce que les données soient transcrites. Par la suite, ces enregistrements audio numériques seront détruits.

Pour le ou les groupe(s) de discussion :

Tous ou toutes les participant(e)s du ou des groupe(s) de discussion seront tenues de respecter la confidentialité des autres participant(e)s.

ETES-VOUS LIBRE DE PARTICIPER?

La participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez décider de cesser de participer au projet de recherche à n'importe quel moment. Si vous ne participez pas au projet de recherche ou vous vous retirez, cela n'entraînera aucune menace de préjudice ou de pénalité.

Si vous vous retirez du projet, aucune nouvelle donnée ne sera recueillie à votre sujet. Vous pouvez exiger la destruction des données vous concernant sauf si elles ont déjà été analysées. Aussi, pour les participant(e)s du ou des groupe(s) de discussion, veuillez prendre note qu'en cas de retrait, il ne sera pas possible de déduire vos propos sur l'enregistrement et de les retirer de l'analyse des données étant donné qu'ils seront en lien avec les propos des autres participant(e)s.

Nous vous communiquerons toute nouvelle information qui pourrait avoir des conséquences pour votre santé, votre bien-être ou votre volonté de prendre part à ce projet de recherche.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Vous pourrez communiquer avec l'étudiante-chercheuse afin d'obtenir des informations sur les résultats du projet de recherche. Le mémoire comprenant les résultats globaux de cette recherche sera déposé en version électronique dans le dépôt institutionnel numérique Papyrus de l'UdeM.

Une version électronique des résultats saura également envoyée par courriel aux participant(e)s de l'étude lorsque le projet de recherche sera terminé.

Tout en assurant l'anonymat des participant(e)s, les résultats de cette étude pourraient être publiés dans des revues scientifiques ou être présentés lors de communications scientifiques.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec Kim Jade Martel, infirmière clinicienne, candidate à la maîtrise en sciences infirmières, étudiante-chercheuse, au numéro suivant : [REDACTED] ou par courriel :

[REDACTED]

Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :

-CHU Sainte-Justine : [REDACTED]

-L'Ombudsman de l'Université de Montréal : [REDACTED]

COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et celui de l'UdeM ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. Également, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification faites au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :

Développer des unités collaboratives d'apprentissage dans deux centres hospitaliers du Québec : Exploration des facteurs facilitants et contraignants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage en centre hospitalier

Consentement du ou de la participant(e) à la recherche

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'a remis un exemplaire signé de ce formulaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche. J'autorise l'enregistrement audionumérique des entrevues.

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les chercheuses de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Je consens à participer :

- Groupe de discussion
Entrevue individuelle

Nom du professionnel (Lettres moulées)

Consentement (signature)

Date

Devoir de confidentialité

En tant que participant(e) d'un groupe de discussion, je m'engage à ne pas divulguer à l'extérieur du groupe de discussion, le contenu des échanges ainsi qu'à respecter mon devoir de confidentialité en assurant l'anonymat de tous ou toutes les participant(e)s de ce groupe.

Nom du professionnel (Lettres moulées)

Respect de la confidentialité (signature)

Date

Signature et engagement de l'étudiante-chercheuse :

J'ai expliqué au ou à la participant(e) tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui obtient le
Consentement (Lettres moulées)

Signature

Date