

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

**Exploration de l'intégration des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez
des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec, durant un programme d'intégration
professionnelle**

par Anne-Marie Tessier

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

Janvier 2018

© Anne-Marie Tessier, 2018

Résumé

Ce mémoire présente les résultats d'une recherche qualitative exploratoire, ayant pour objet l'intégration des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez les infirmières et infirmiers diplômés hors Québec (IDHQ), durant un programme d'intégration professionnelle. Un problème est posé par la faible réussite dans l'atteinte des exigences du programme d'intégration. Le but de cette recherche est d'explorer chez des IDHQ en cours d'apprentissage, l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs essentiels à la pratique infirmière *auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie*. La théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1978) a servi de cadre de référence et a guidé la formulation du but et de la question de recherche. Nous nous sommes inspirés des critères de la méthode de cas, proposée par Stake (1994), s'inscrivant dans une approche épistémologique constructiviste pour élaborer notre devis exploratoire. La population cible de l'étude était l'ensemble des IDHQ inscrites à un programme d'intégration collégiale en soins infirmiers au Québec. Le cas était un groupe d'IDHQ qui étudiait dans un tel programme d'intégration dans un milieu collégial montréalais. Le groupe était constitué de 27 participantes, recrutées selon la méthode d'échantillonnage de convenance, parmi deux cohortes du programme. L'analyse thématique des données recueillies grâce à quatre *focus group* a été faite selon Paillé et Mucchielli (2012) et a résulté en un schéma (arbre thématique). Le schéma présente les quatre phases d'intégration des savoirs par les IDHQ : l'ouverture aux nouveaux savoirs ; l'activation des savoirs antérieurs où les participantes perçoivent un frein à cette intégration ; le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs dont fait partie le changement de statut et enfin, ces éléments se conjuguent pour arriver à la phase de mise en pratique des savoirs en voie d'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs, où une « bataille » cognitive pour le choix des savoirs prédomine. Nous pouvons penser que les résultats de cette recherche peuvent être utiles particulièrement dans la bonification des programmes d'intégration professionnelle, mais aussi pour l'orientation des IDHQ en unités de soins.

Mots-clés : Savoirs infirmiers, infirmières diplômées hors Québec, programme d'intégration, apprentissage transformationnel de Mezirow, étude exploratoire.

Abstract

This Master's thesis presents the results of an exploratory qualitative research, aimed at integrating recent nursing knowledge with previous knowledge among nurses having graduated outside Quebec (IDHQ), during a professional integration program. One problem is the poor result in meeting the requirements of the integration program. The purpose of this research is to explore in IDHQs in the process of learning, the integration of new knowledge with previous knowledge essential to the practice of nursing with *adults and elderly hospitalized requiring nursing care of medicine and surgery*. Mezirow's theory of transformational learning (1978) served as a frame of reference and guided the formulation of the purpose and research question. We were inspired by the criteria of the case method as proposed by Stake (1994), within a constructivist epistemological approach to develop our exploratory estimate. The target population of the study was all IDHQ enrolled in a college integration program in nursing in Quebec. The case was a group of IDHQ who were studying in such an integration program in a college environment in Montreal. The group consisted of 27 participants, recruited according to the suitability sampling method, from two cohorts of the program. The thematic analysis of the data collected through four focus groups was done according to Paillé and Mucchielli (2012) and resulted in a diagram (thematic tree). The diagram presents the four phases of knowledge integration by the IDHQ: openness to new knowledge; activation of prior knowledge where participants perceive a brake to integration; the overcoming of the barriers and challenges to the integration of knowledge, of which the change of status is a part of, and finally, these elements combine to arrive at the phase of putting into practice knowledge in the process of integrating new knowledge with prior knowledge, where the cognitive "battle" for the choice of knowledge prevails. We can think that the results of this research can be useful particularly in the improvement of the programs of professional integration, but also for the orientation of the NGOQ in units of care.

Keywords: Nursing knowledge, graduate nurses outside Quebec, integration program, transformational learning of Mezirow, exploratory study.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles.....	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Chapitre 1 – Problématique.....	2
1.1. But de la recherche.....	8
1.2. Question de recherche.....	8
Chapitre 2 – Recension des écrits et le cadre de référence.....	9
2.1. Intégration et réussite des IDHQ durant un programme d’appoint en sciences infirmières au Québec et ailleurs.....	10
2.1.1. Description du programme d’appoint au Québec.....	10
2.1.2. Réussite durant un programme d’appoint.....	11
2.1.3. Réussite à l’examen d’entrée dans la profession.....	15
2.2. Intégration professionnelle des IDHQ au système de santé du Québec et d’ailleurs.....	16
2.3. Expériences antérieures de pratique infirmière influençant l’intégration.....	24
2.4. Apprentissage dans les programmes d’appoint.....	27
2.5. Cadre de référence.....	32
Chapitre 3 – La méthode.....	38
3.1. Devis de recherche.....	38
3.2. Définition du cas.....	39
3.3. Population cible.....	40

3.4. Milieu de la recherche.....	40
3.5. Échantillon.....	40
3.6. Recrutement des participants.....	41
3.7. Collecte des données.....	44
3.8. Gestion des données.....	46
3.9. Analyse des données.....	47
3.10. Critères de rigueur de l'étude.....	49
3.11. Considérations éthiques de la recherche.....	51
Chapitre 4 – Résultats.....	54
4.1. Portrait sociodémographique des participantes de l'étude.....	54
4.2. Résultats de l'analyse des données.....	57
4.2.1. Ouverture aux nouveaux savoirs.....	59
4.2.2. Activation des savoirs antérieurs.....	65
4.2.3. Dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs.....	68
4.2.4. Mise en pratique des savoirs en voie d'intégration.....	74
Chapitre 5 – Discussion.....	79
5.1. Portrait sociodémographique.....	79
5.2. Thèmes et sous-thèmes.....	81
5.2.1. Ouverture aux nouveaux savoirs.....	82
5.2.2. Activation des savoirs antérieurs.....	84
5.2.3. Dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs.....	85
5.2.4. Mise en pratique des savoirs en voie d'intégration.....	87
5.3. Pertinence du cadre de référence.....	91
5.4. Pertinence de la méthodologie.....	91
5.5. Forces et limites de l'étude.....	92
5.5.1. Forces de l'étude.....	92
5.5.2. Limites de l'étude.....	93
5.6. Implication et recommandation pour la formation, la recherche et la profession.....	93
5.6.1. Formation.....	94
5.6.1.1. Recommandations pour la formation : volet étudiant.....	95

5.6.1.2. Recommandations pour la formation : volet enseignant	96
5.6.2. Recherche	98
5.6.2.1. Recommandations pour la recherche	98
5.6.3. Pratique professionnelle	99
5.6.3.1. Recommandation pour la pratique en milieu de soins	99
Conclusion	100
Bibliographie.....	101
Annexe A : 12 compétences visées par le programme d'intégration et les 5 compétences visées par les stages dans le programme.....	xiii
Annexe B : 22 compétences de la formation spécifique du programme de soins infirmiers...	xiv
Annexe C : Guide d'entrevues de <i>focus groups</i>	xv
Annexe D : Formulaire sociodémographique	xviii
Annexe E : Formulaire signé du comité d'approbation de l'Université de Montréal.....	xix
Annexe F : Approbation par le comité éthique de l'institution collégiale du lieu de recherche	xxii
Annexe G : Approbation par le comité éthique de l'Université de Montréal	xxiii
Annexe H : Formulaire d'information et de consentement des participantes.....	xxv
Annexe I : Entente de confidentialité.....	xxx

Liste des tableaux

Tableau I. Récapitulatif des cohortes, dates des séances d'information et des <i>focus groups</i> ...	43
Tableau II. Portrait sociodémographique des participantes	56

Liste des figures

Figure 1. Représentation thématique du processus d'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs	58
--	----

Liste des sigles

Cégep : Collège d'enseignement général et professionnel

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière

CMEC : Conseil des ministres de l'Éducation (Canada)

IA : Infirmière autorisée

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

IDHQ : Infirmière diplômée hors Québec

IEN : Infirmières éduquées internationalement

IIDÉ : Infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger

IFÉ : Infirmières et infirmiers formés à l'étranger

IP : Infirmière praticienne

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEES : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

NCLEX: *National Council Licensure Examination*

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économiques

OIIO : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PP : Pratique personnelle

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SQUIN: *Single question to induce narrative*

NB : Durant ce projet de recherche, la règle épïcène est utilisée. Le terme infirmière désigne les deux genres.

Liste des abréviations

Etc. : Et cætera

*Je dédie ce mémoire à toutes les infirmières
qui ont choisi le Québec comme terre d'accueil*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Madame Jacinthe Pepin, inf., PhD. Par sa présence, sa disponibilité, son sens de la justesse des mots et ses grandes connaissances, elle a su être un soutien constant tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je la remercie pour sa confiance, sa patience et son engagement.

Je remercie les membres du comité d'approbation scientifique Mesdames Chantal Caux, présidente-rapporteur et Hélène Lefebvre, membre du jury pour leurs commentaires constructifs et leur disponibilité.

Je tiens également à remercier les étudiantes volontaires qui ont participé à cette recherche. Leur spontanéité et leur confiance ont participé à une expérience hors du commun.

Merci, également, aux deux observateurs qui m'ont accompagnée durant les entrevues. Leur professionnalisme et leur présence ont été d'un grand soutien.

Merci à mon conjoint, pour la pertinence de ses commentaires, sa patience et son soutien durant tout ce projet.

Introduction

Depuis plusieurs années, je suis infirmière enseignante auprès des infirmières diplômées hors Québec. En les côtoyant durant le programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers, de nombreuses questions en lien avec l'apprentissage ont émergé. J'ai voulu comprendre plus en profondeur le comment et le pourquoi de leurs réussites et de leurs difficultés durant ce programme. Le fait d'être moi-même une infirmière diplômée hors Québec (IDHQ), m'a rendue plus curieuse et déterminée dans l'exploration de leur apprentissage.

Le présent mémoire est composé de cinq chapitres. Le chapitre un expose la problématique et présente le but. Le chapitre deux présente la recension des écrits portant sur : 1) la situation de l'intégration des IDHQ au système de santé du Québec, 2) les savoirs et connaissances, la performance et les résultats aux examens, 3) l'intégration et la réussite des IDHQ durant un programme d'intégration professionnelle en sciences infirmières au collégial, 4) l'intégration professionnelle, 5) les pratiques et expériences antérieures, 6) les méthodes d'apprentissage et programmes. Dans ce chapitre le cadre de référence, soit l'apprentissage transformationnel selon Mezirow (1978) y est également décrit. Le troisième chapitre expose la méthode utilisée et le quatrième chapitre fait état des résultats de cette recherche. Le cinquième et dernier chapitre comprend la discussion des principaux résultats de l'étude portant sur le portrait sociodémographique des participantes, des thèmes et des sous-thèmes en réponse à la question de recherche sur l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. La pertinence du cadre de référence durant cette recherche est également discutée. La méthodologie de recherche en regard des résultats y est abordée. Puis les forces et les limites de la recherche y sont également discutées. Enfin, l'implication de l'étude et les recommandations pour la formation ; la profession et la recherche sont présentées. En dernier, une conclusion générale parachève la rédaction de ce mémoire.

Chapitre 1 — Problématique

La migration infirmière internationale est une caractéristique constante bien établie du marché mondial du travail qui ne cesse de s'accroître (Brush et Sochalski, 2007). Cette migration d'infirmières et de médecins est de plus en plus visible (Organisation de coopération et de développement économique [OCDE]/Organisation mondiale de la santé [OMS], 2010). De plus, les infirmières formées dans des pays en développement ont une longue histoire de migration (Ronquillo, Boschma, Wong, et Quiney, 2011). Les États-Unis et le Canada font partie des pays les plus attirants pour cette migration infirmière (Laperrière, 2012), et le Canada est une destination favorisée par l'ensemble des professionnels de la santé (Blythe, Baumann, Rhéaume et McIntosh, 2009). En 2013-2014, plus d'un million de médecins et d'infirmières formés à l'étranger exerçaient dans les pays membres de l'OCDE, soit environ 6 % du personnel infirmier en moyenne (OMS, 2016a). Pour les pays de l'OCDE, durant la période 2010-2016, l'OMS signale une augmentation de 60 % de la migration des médecins et des infirmières (OMS, 2016b). Ces chiffres confirment le fait que les infirmières font partie de l'un des plus importants groupes de migration professionnelle à l'échelle mondiale (OCDE/OMS, 2010). De plus, le nombre et la proportion des infirmières formées à l'étranger ont augmenté au cours des dix dernières années dans quelques pays de l'OCDE, dont la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Canada (OCDE, 2017. p. 170). Au Canada en 2016, le nombre d'infirmières autorisées à exercer et d'infirmières praticiennes formées à l'étranger s'élevait à 26 710 membres (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2017). L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans son mémoire sur la planification de l'immigration au Québec pour la période de 2008 à 2010 précise que l'intégration rapide

des IDHQ fait partie des solutions pour diminuer le manque d'infirmière dans le réseau de la santé au Québec (OIIQ, 2007). Il est possible de constater que le pourcentage d'infirmières diplômées hors Québec [IDHQ] a atteint 5,5 % en 2014-2015 (OIIQ, 2015a). On remarque également qu'au Québec de 2016 à 2017, 3 412 nouveaux permis ont été délivrés par l'OIIQ. Le nombre grandissant des IDHQ fait que la relève infirmière est plus importante que jamais depuis ces derniers 40 ans (OIIQ, 2017a). Depuis 2010, entre 10 et 15 % des nouveaux titulaires de permis sont des IDHQ (OIIQ, 2017a). Il est donc judicieux de s'attarder à ces infirmières et à leur intégration dans la profession au Québec.

Dans les recherches scientifiques, plusieurs raisons de migration des infirmières sont évoquées, le développement professionnel ; une meilleure qualité de vie (Kingma, 2001) ou encore un travail dans un environnement financier plus favorable (Allan et Larsen, 2003). Durant la période 2000-2015, les études internationales portant sur l'expérience des infirmières immigrantes rapportent que les participantes sont en grande partie originaires des Philippines, du Niger, des Caraïbes et de la Chine (Philibert, 2015). Une certaine tradition de la provenance des infirmières décidant de travailler au Canada permet de cibler des pays comme les Philippines et le Royaume-Uni (ICIS, 2013). Aucune statistique publiée ne permet de connaître les pays d'origine des IDHQ décidant de venir s'établir au Québec (Philibert, 2015). Cependant, deux études canadiennes rapportent que les pays de provenance des IDHQ sont très divers et de presque tous les continents : Asie, Afrique, Amérique du Sud, Europe et Europe de l'Est, Russie (Philibert, 2015 ; Primeau, 2014). Le caractère francophone du Québec laisse penser qu'une différence dans les pays d'origine peut être présente par rapport aux autres provinces canadiennes (Philibert, 2015). Ces IDHQ ont souvent une expérience infirmière antérieure substantielle dans leur pays d'origine. Près de 61 % des infirmières

IDHQ interrogées par Primeau (2014) avaient plus de cinq ans d'expérience de travail en soins infirmiers avant leur migration au Québec.

Au Canada, ce sont les provinces qui peuvent exclusivement décréter des lois relatives à l'éducation (Conseil des ministres de l'Éducation [CMEC] (2016). Il en résulte que les programmes complémentaires pour les infirmières sont différents d'une province à l'autre (Bourgeault, Neiterman, Le Brun, Viers, et Winkup, 2010 ; Covell, Neiterman et Bourgeault, 2016). Au Québec, après directive de l'OIIQ qui appuie sa décision sur la base du cursus de formation des pays d'origine, les IDHQ passent souvent par le programme d'intégration¹ en milieu collégial pour une période de huit à 11 mois (OIIQ, 2007). Ce programme comporte des unités d'apprentissage (physiopathologie, pharmacie, laboratoires techniques) en lien avec les soins en médecine-chirurgie chez l'adulte. Ce programme est également pour les IDHQ le premier contact avec leur nouveau milieu de pratique (Philibert, 2015) durant les stages d'une durée de 15 et 20 jours en médecine-chirurgie. Dans le cadre de ce programme, les IDHQ doivent s'appropriier les nouveaux savoirs du programme et les intégrer aux savoirs déjà acquis dans leur pays d'origine pour atteindre le niveau souhaité des 12 compétences à développer pour pratiquer comme infirmière au Québec ; ces compétences sont nommées dans l'Annexe A. La compétence se situe dans l'ordre du savoir-agir complexe (Tardif, 2006), qui reflète l'intégration des savoirs, savoir-faire et des savoir-être (Tardif, 2014). Ce savoir agir-complexe prend appui sur « la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (Tardif, 2006, p. 22).

¹ Les termes complémentarité ou intégration sont utilisés indifféremment par les auteurs. Le terme intégration a été choisi dans le cadre de ce mémoire.

Les difficultés éprouvées par les infirmières immigrantes pour l'atteinte et la reconnaissance des compétences professionnelles exigées sont souvent évoquées dans la littérature scientifique (Moyce, Lash et de Leon Siantz, 2016 ; Philibert, 2015 ; Primeau, 2014 ; Blanchet Garneau, 2013). Des recherches mettent en lumière les barrières que rencontrent ces infirmières immigrantes durant leur intégration (Jose, 2011 ; Primeau, 2014 ; Philibert, 2015 ; Saint-Pierre et al., 2015). Quelques recherches ciblent principalement la réussite des IDHQ durant les programmes complémentaires au Québec (Philibert, 2015 ; Primeau, 2014), ou la réussite d'étudiants immigrants dans un programme collégial de soins infirmiers au Québec (Fournier et Lapierre, 2010). Quelques études (Alexis et Vydelingum, 2004 ; Australian Government Department of Health and Aging, 2008 ; Primeau, Champagne et Lavoie-Tremblay, 2014 ; Xu, Gutierrez et Kim, 2008) ont fait ressortir la différence dans la pratique infirmière des divers pays d'origine et leur pays d'accueil. Ces études rapportent que les différences quant aux savoirs requis au Québec pour la pratique sont telles qu'un problème est posé dans l'accès à l'opportunité de réussir les examens, les stages du programme et l'examen professionnel (OIIQ, 2007). Il en serait de même pour les orientations et les périodes de probation dans les milieux de soins en tant qu'infirmière. Plusieurs de ces étudiants immigrants échouent la formation complémentaire (Philibert, 2015) et ont des difficultés, particulièrement en pratique durant les stages (Fournier et Lapierre, 2010 ; Gaudet et Loslier, 2011). Quelques études internationales (Alexis et Vydelingum, 2004 ; Australian Government, 2008 ; Chege et Garon, 2010) ou canadiennes (Higginbottom, 2011 ; Primeau, 2014 ; Saint-Pierre et al., 2015 ; Sochan et Singh, 2007), portant sur l'adaptation ou l'intégration des infirmières immigrantes, ont été faites. Parmi celles-ci, mentionnons que Primeau, (2014) s'est intéressée aux facteurs explicatifs de la réussite du programme d'appoint, ainsi qu'à

l'intégration et à la rétention des IDHQ. L'importance des différences de valeurs dans le processus d'intégration y est également explorée, ainsi que les facteurs tels que les caractéristiques individuelles, le parcours migratoire, l'expérience et la formation antérieure. Jusqu'à présent, les chercheurs qui se sont intéressés à l'intégration des infirmières immigrantes ou aux IDHQ faisant partie d'un programme d'intégration collégiale au Québec n'ont pas, à notre connaissance, examiné l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs acquis dans les pays d'origine. Pourtant, une telle étude pourrait aider à comprendre l'apprentissage et la réussite dans le programme.

En effet, selon les principes du constructivisme, chaque apprenant construit sa réalité à partir de ses propres expériences. Selon Lasnier (2000), l'approche constructiviste de l'apprentissage met « l'accent sur l'activité du sujet pour appréhender les phénomènes » (p. 9). Pour son apprentissage, la personne doit construire et déconstruire la connaissance (Blythe, Baumann, Rhéaume et McIntosh, 2009 ; Iverson et Colky, 2004). L'approche constructiviste prend en effet toute sa force dans l'idée que les apprenants doivent traiter la nouvelle information afin de l'intégrer contextuellement à leurs connaissances antérieures et ainsi approfondir leur savoir (Taber, 2006 ; Loyens et Gijbels, 2008). Selon Tardif (1993), ce point s'avère être le second principe du paradigme constructiviste en éducation, le premier étant que l'apprentissage est un processus actif et constructif. De plus, les étudiants doivent atteindre le niveau souhaité pour les diverses compétences (Annexe B) exigées durant ce programme d'intégration. Les IDHQ sont des adultes en apprentissage. Selon la théorie constructiviste de l'apprentissage à l'âge adulte, l'activité cognitive est centrale chez l'apprenant (Duchesne, 2010). De plus, selon Mezirow (2000), ces adultes ont des croyances et valeurs, des habitudes de l'esprit (*habits of mind*). L'apprentissage formatif de l'enfance devient un apprentissage

transformateur à l'âge adulte. Des liens se feront entre les nouveaux savoirs et les savoirs antérieurs accumulés. Ce processus cognitif a comme résultat la construction de sens, qui est un « élément clé de la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow » (Duchesne, 2010, p. 37).

Ce projet se justifie et a sa place dans la recherche en sciences infirmières, car il permet de mettre en lumière l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ pour leur pratique de soins ; un sujet qui ne semble pas avoir été abordé jusqu'à présent. Il est pertinent de s'interroger sur les savoirs antérieurs que les IDHQ « puisent » dans leur bagage cognitif pour favoriser leurs apprentissages (Saint-Fleur, 2013). Ce processus prend toute sa légitimité, en raison de l'intégration rapide des nouveaux immigrants dans des milieux de pratique dans le but de combler le manque de main-d'œuvre, et en particulier la main-d'œuvre infirmière (Antonius et Salib, 2015 ; OIIQ, 2007). Pour les IDHQ, l'atteinte du niveau souhaité dans le développement des différentes compétences du programme d'intégration est intimement liée avec la sécurité des patients (Fournier et Lapierre, 2010). Ainsi nous pourrions émettre l'idée que la capacité d'exercer la profession et de prendre en charge des patients de manière sécuritaire passe par un processus d'intégration réussi. Notre recherche donne la parole aux IDHQ sur leurs réflexions et actions en regard des différents savoirs qu'elles continuent à construire tout au long du programme d'intégration. Il permet d'explorer le processus par lequel les IDHQ changent ou transforment leur façon de répondre aux besoins des patients. Enfin, cette étude permet de mettre en relief les savoirs antérieurs et les nouveaux savoirs les plus sollicités pour atteindre le niveau de compétences exigé pour une prestation efficace dans leur nouveau milieu professionnel ; savoirs qui leur serviront pour les prises de décisions auprès des patients pour des soins sécuritaires.

1.1. But de la recherche

Le but de cette recherche est d'explorer chez les IDHQ en cours d'apprentissage, l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs essentiels à la pratique infirmière *auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie*. Selon le programme d'intégration professionnelle des IDHQ, cette compétence est présentée comme « partie importante du champ d'action de l'infirmière » dans une unité de soins en milieu hospitalier (OIIQ, 2009, p. 39).

1.2. Question de recherche

- Comment les IDHQ intègrent-elles les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs pour l'atteinte du niveau exigé de la compétence : « Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie » ?

Chapitre 2 — Recension des écrits et le cadre de référence

Afin de guider ce projet de recherche, la recension des écrits a porté sur les textes qui décrivaient la situation des infirmières IDHQ et sur les recherches qui avaient un lien avec l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ. Nous avons regroupé les écrits retenus de la manière suivante : 1) l'intégration et la réussite des IDHQ durant un programme d'appoint en sciences infirmières au Québec et ailleurs ; 2) l'intégration professionnelle des IDHQ au système de santé du Québec et d'ailleurs ; 3) les expériences antérieures de pratiques influençant l'intégration ; et 4) les recherches sur l'apprentissage. Une description du cadre de référence qui guide cette étude suit.

La recherche des écrits s'est faite avec les mots-clés associés au but de la recherche : intégration ; transition ; formation ; compétence ; savoir(s) ; savoirs infirmiers ; infirmiers (es) diplômés hors Québec ; infirmières immigrantes ; Constructivisme ; apprentissage ; adulte (s). Avec le soutien d'une bibliothécaire, les mots clés ont été traduits : intégration ; transition ; *training* ; *skill* ; *knowledge* ; *nursing* ; *Nursing Knowledge* (s) ; *Immigrant Nurses* ; *foreign nurse (s) or students* ; *Constructivism* ; *learning* ; *adult* (s). La recherche a été faite sur les bases de données CINAHL, Medline, Google *Scholar*, Cairn, Érudit. Les mots clés ont été adaptés selon les exigences de certaines de ces bases de données.

Nous avons d'abord recherché des articles datant des dix dernières années dans les différents moteurs de recherche cités ci-dessus. Peu d'articles en lien avec le but étant apparus, nous avons étendu la recherche à partir de l'année 2000, puis à partir de l'année 1997. De plus, les listes bibliographiques des articles retenus ont été examinées, ce qui a permis de faire ressortir

de nouveaux textes. Enfin, nous avons également tiré quatre textes de la littérature grise, dont deux recherches et deux rapports internes. Parmi les recherches universitaires, de 2008 à 2015, quatre mémoires de maîtrise ont été repérés, ainsi que, deux thèses de doctorat. Nous avons par ailleurs rapporté la revue de la portée (*scoping* revue) de Covell, Neiterman et Bourgeault (2016) qui porte sur l'intégration au Canada des professionnels de la santé formés à l'étranger, afin d'élargir notre examen des connaissances antérieures. Puisqu'il s'agit d'une récente revue de la portée, nous n'avons pas élargi notre repérage de textes à d'autres études. Rappelons que peu de recherches sont publiées spécifiquement sur le sujet de notre étude. Il y a donc nécessité d'ajouter aux connaissances dans ce domaine en donnant la parole aux IDHQ, pour explorer leur apprentissage dans le cadre d'un programme d'intégration en soins infirmiers et ainsi fournir des pistes de réflexion pouvant mener une possible avancée dans ces programmes.

2.1. Intégration et réussite des IDHQ durant un programme d'appoint en sciences infirmières au Québec et ailleurs

Dans cette section, nous décrivons le programme d'appoint du Québec, ainsi que les écrits qui font état des difficultés de réussite durant un programme d'appoint et à l'examen d'entrée dans la profession. L'intégration professionnelle des IDHQ au système de santé du Québec et d'ailleurs, les expériences antérieures de pratique infirmière influençant l'intégration, l'apprentissage dans les programmes d'appoint et le cadre de référence y sont évoqués.

2.1.1. La description du programme d'appoint au Québec

Dans le contexte immigrant infirmier au Canada et en particulier au Québec, les IDHQ sont un des moyens pour contrer le déficit infirmier (OIIQ, 2007). En 2016, le nombre d'infirmières autorisées (IA) et d'infirmières praticiennes (IP) formées à l'étranger s'élevait à 26 710 au

Canada (ICIS, 2017). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a évalué que, pour les années 2019-2020, le nombre d'infirmières manquantes dans le système de la santé serait environ de 4 465 (MSSS, 2005 dans Boulais, 2012). Pour aider à pallier en partie le manque d'infirmières, de nombreuses IDHQ sont accueillies et reçoivent une prescription de l'OIIQ pour compléter le programme d'intégration professionnelle qui se donne au collégial. Ce programme amène les IDHQ à développer 12 compétences, listées à l'Annexe A, dont cinq sont développées en milieu de stage. Ces cinq compétences choisies par les responsables du programme d'intégration sont les suivantes : analyser la fonction de travail pour les aspects législatifs, professionnels et organisationnels de la pratique infirmière au Québec ; intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie ; utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins ; établir une communication aidante avec la personne et ses proches ; exercer son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession. Les compétences sont prescrites par le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), et chacun des quatre collèges qui offrent ce programme de soins infirmiers s'approprie le devis ministériel. Les contenus ou « balises de contenus » de chaque compétence sont ainsi précisés par les départements de chaque institution d'enseignement et, enfin, ils sont approuvés par le Conseil de l'OIIQ.

2.1.2. Réussite durant un programme d'appoint

Pour l'atteinte du niveau exigé des différentes compétences du programme d'intégration, les IDHQ doivent réussir les différents examens théoriques et pratiques, ainsi que les stages en milieu de soins. Par ailleurs, la performance des IDHQ dans ce programme est peu divulguée par les institutions d'enseignement. Cependant, Primeau (2014) indique que, de 2011 à 2012,

environ 370 IDHQ ont participé au programme d'intégration au Québec et que près de 120 ont échoué. Cette auteure rapporte également que le taux d'échec au Québec durant la période de 2010 à 2013 se situait entre 15 % et 50 % parmi les cégeps offrant cette formation. Quant à Philibert (2015), elle signale le faible taux de réussite dans un programme d'appoint et précise que les raisons en sont encore inconnues en raison du peu d'études au Québec et à l'étranger. Selon l'une des participantes de l'étude de Philibert, il y aurait 50 % d'échec durant les stages. Par contre ce chiffre n'a pu être vérifié par aucun écrit officiel.

Parmi les explications pour un taux élevé d'échec, la communication adaptée et la maîtrise de la langue, deux facteurs étroitement liés, sont identifiés dans les recherches comme étant des éléments favorisant l'intégration et la réussite des étudiantes immigrantes IDHQ dans un programme d'appoint (Philibert, 2015 ; Primeau, 2014). Dans une étude pancanadienne interne pour Santé Canada, Saint-Pierre et al. (2015) rapportent que certaines étudiantes ont indiqué que le programme d'intégration ne les avait pas aidées à perfectionner leurs aptitudes langagières. Il importe de noter que les conditions de communication font partie des cinq contextes fondamentaux de l'apprentissage selon Mezirow (1997), puisque l'on y retrouve entre autres, la maîtrise de la langue. Pour les IDHQ, la période du programme d'intégration et en particulier la période de stage est une période où la communication, la socialisation et le partage des idées interviennent dans la formation de leurs nouveaux savoirs.

Dans la plupart des études internationales ou canadiennes, les difficultés reliées à la communication sont citées comme l'un des principaux défis que rencontrent les infirmières immigrantes (Philibert, 2015). Le vocabulaire médical scientifique et technique est l'une des principales difficultés rencontrées (Alexis et Vydelingum, 2004 ; Deegan et Simkin, 2010 ; Xu et al., 2008). Dans une revue systématique sur les programmes de transition pour les

infirmières formées à l'étranger, Zizzo et Xu, (2009) signalent que, sur vingt programmes répertoriés, dix mentionnent l'importance de cours additionnels pour l'utilisation adéquate de la langue en usage et de la communication. La communication y est également pointée comme un besoin prioritaire pour l'évolution de leurs apprentissages. En Ontario par exemple, une formation linguistique améliorée ciblant la profession infirmière est également prodiguée par les établissements d'enseignement au cours des programmes d'intégration (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2016).

Au Québec, pour être admises au programme d'intégration, les infirmières IDHQ doivent réussir un test de français qui varie selon les collèges offrant le programme. Pour certains établissements, ce test consiste en une composition française en relation avec les soins infirmiers ; le choix des sujets n'étant toutefois pas constant. Durant le programme d'intégration, des cours ciblant l'interculturalisme et le français au Québec sont prodigués pour une découverte des us et coutumes de leur pays d'accueil. Primeau (2014) rapporte que dans une des institutions d'enseignement collégial du programme d'intégration au Québec, durant la journée de sélection d'août 2012, 24 IDHQ sur les 72 présentes ont réussi le test de français. Primeau relève d'ailleurs qu'un peu plus du quart des infirmières IDHQ du programme jugent leur niveau de maîtrise de la langue française comme intermédiaire ou moins alors que 33 % se disent de niveau expert (Primeau, 2014). Il est possible de se rendre compte par certains verbatim, que la méconnaissance est surtout reliée au langage technique (Primeau, 2014).

On trouve également une étude qualitative de type exploratoire réalisée par Philibert (2015) dans le cadre de son mémoire de maîtrise en sciences cliniques. Il s'agit une étude effectuée dans un contexte francophone, sur l'expérience d'intégration et les facteurs de réussite des

infirmières immigrantes, durant le programme collégial complémentaire à la profession infirmière au Québec. Une approche anthropobiologique, soit la dynamique structurante de Collière (2001), a servi de cadre de référence à cette étude. Le but était d'analyser le faible taux de réussite des IDHQ durant la formation d'appoint et d'explorer l'expérience d'intégration dans un programme d'appoint au collégial (CWA.OB). Les participantes sont 18 infirmières immigrantes complétant le programme d'intégration dans un cégep francophone, avec deux entrevues semi-dirigées par participante. La saturation des données a été atteinte après l'analyse des propos d'une quinzaine de participantes. Les résultats ont démontré que :

- 1) l'obligation d'étudier et de pratiquer en français représente une difficulté, car le français est souvent une langue seconde ou tierce ;
- 2) la discrimination par les pairs et par les patients en relation avec leur difficulté langagière est considérée comme un obstacle majeur à leur réussite académique ;
- 3) le pays d'origine (naissance et enfance) ne semble pas ou peu influencer l'expérience de la formation ;
- 4) par contre, le parcours prémigratoire influence leur expérience durant le programme d'intégration collégial. Ce parcours prémigratoire comprend les formations infirmières antérieures, l'expérience professionnelle antérieure et si les participantes sont dans leur première migration. En relation avec ce dernier point, Philibert mentionne la contradiction de ses résultats sur la non-importance du parcours prémigratoire avec ceux de Primeau (2014). Les résultats de Primeau (2014) indiquaient que les étudiants asiatiques éprouvaient le sentiment d'être défavorisés vis-à-vis de leurs collègues des autres pays. Cette étude a une population semblable à celle de notre projet de recherche et nous informe des difficultés dans le programme. Cependant elle ne s'attarde pas au processus d'apprentissage qui nous intéresse particulièrement.

Pour résumer, à partir d'études qualitatives et d'une revue systématique des programmes, il a été trouvé que les étudiantes immigrantes IDHQ rencontrent de nombreuses barrières durant leur parcours scolaire. Le langage joue un grand rôle dans la réussite du programme et l'intégration professionnelle.

2.1.3. Réussite à l'examen d'entrée dans la profession

Pour obtenir le permis d'exercer, les IDHQ doivent réussir l'examen d'entrée dans la profession au Québec comme ailleurs. Cependant, les difficultés sont démontrées également par le faible taux de réussite à l'examen de l'OIIQ soit : 49 % pour les IDHQ entre 2008 et 2010 (Philibert, 2015). Selon l'OIIQ en 2011, le taux global de réussite au premier essai de l'examen d'entrée était de 74,6 %. Ce résultat inclut les infirmières formées au Québec et les IDHQ (Philibert, 2015), mais les proportions par type de programmes ne sont pas évoquées. Un des Cégeps offrant le programme d'intégration a obtenu une réussite moyenne de 57 % pour l'examen de septembre 2015 (OIIQ, 2015a). Ces résultats transmis par l'OIIQ ont été communiqués à l'étudiante-chercheuse par un collègue d'enseignement. Ils sont communiqués de façon individuelle à chaque collègue à titre d'information et ne sont pas publiés. Dans cette communication, il est néanmoins possible de constater que, pour l'examen de mars 2017, le taux de réussite des IDHQ de ce même collègue est passé à 45,3 % avec une note moyenne de 53,9. Il y est précisé que ces résultats comprennent uniquement les candidates qui se présentaient pour la première fois à l'examen (OIIQ, 2017b).

Une étude qualitative ontarienne a été menée par Blythe, Baumann, Rhéaume et McIntosh, (2009). Le but était d'explorer comment le processus et les procédures d'immigration interféraient avec les examens nationaux et influençaient l'intégration de la main d'œuvre. Trente-neuf participantes infirmières diplômées hors Canada venant de vingt-trois pays ont

participé à cette recherche. Des entrevues individuelles ainsi que des *focus groups* ont été menés. Les résultats ont soulevé le fait que les participantes sentaient que leur formation initiale était cruciale pour leur succès dans un emploi parce qu'elles devaient à la fois apprendre et désapprendre. Les auteurs soulignent également la différence entre la réussite aux examens des infirmières formées en Ontario (93 %) et celles formées hors du Canada (53 %). Ils montrent également les défis, comme la culture et la langue, qui doivent être surmontés par les diplômées à l'étranger.

Dans l'étude pancanadienne de Saint-Pierre et al., (2015), 2658 participantes formées à l'étranger ont passé l'examen spécifique pour l'obtention du titre d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire. À la première tentative, 72 % des participantes ont réussi l'examen dont 20 % à la deuxième tentative et 6 % à la troisième tentative. Seulement un pour cent (n=28) des participantes ont échoué aux trois tentatives. Cependant, ces résultats englobent toutes les provinces confondues, sans distinguer s'il s'agit d'infirmières auxiliaires, d'infirmières ou d'infirmières psychiatriques. En raison de ce regroupement, il est difficile de faire la part des résultats pour le type d'infirmières diplômées hors Québec.

En résumé, les statistiques de réussite aux examens nationaux ou provinciaux d'entrée dans la profession, quand elles sont spécifiques aux infirmières diplômées à l'étranger, font état d'un faible taux de réussite. Les résultats des quelques recherches concernant les difficultés de réussite mettent en évidence les défis à surmonter par les infirmières diplômées à l'étranger.

2.2. Intégration professionnelle des IDHQ au système de santé du Québec et d'ailleurs

Au Canada, un rapport interne non publié réalisé pour Santé Canada, expose les résultats d'une étude pancanadienne (Saint-Pierre et al., 2015). Celle-ci avait pour but de cerner les

facteurs soutenant l'intégration réussie dans la pratique professionnelle au Canada, l'avancement dans la carrière, ainsi que le maintien en poste des infirmières formées à l'étranger (IFÉ) dans les systèmes de soins de santé canadiens (Saint-Pierre et al., 2015). Le cadre conceptuel utilisé pour cette étude a été conçu à partir du *Conceptual Framework for IEN Integration and Retention* (Primeau, Champagne, et Lavoie-Tremblay, 2014) ; les phases de l'intégration, l'avancement de la carrière, la mobilité ascendante et le maintien en poste ont été ajoutés ou précisés dans le cadre original. Une approche méthodologique en trois phases a été utilisée : 1) enquête pancanadienne auprès des IFÉ ; 2) entrevues avec les IFÉ et 3) entrevues avec les institutions offrant les programmes de transition. L'échantillon était formé de 2693 d'IFÉ (infirmières auxiliaires et infirmières psychiatriques comprises) identifiées par l'intermédiaire d'organismes de réglementation des infirmières des provinces et territoires du Canada. Sur l'échantillon de 2693 participantes, 454 étaient issues du Québec (17 %). Le contact a été fait par voie électronique ou par la poste. Les données ont été recueillies entre février et octobre 2014. Il en résulte, au Canada, que 30 % des infirmières formées à l'étranger (IFÉ) ont pris part à un programme de transition (n=756) qui favorise la familiarisation aux standards du contexte de pratique professionnelle et à l'adaptation des compétences déjà acquises dans le pays d'origine. Cette participation au programme a permis un apport bénéfique tel que : la compréhension des rôles et des responsabilités des infirmières dans le pays d'accueil ainsi que la compréhension du système de soins de santé. Les résultats de l'étude ont démontré que l'intégration dans le milieu de travail s'effectue grâce à l'enrichissement des connaissances, à la capacité d'établir des relations harmonieuses avec ses collègues, au mentorat offert par les collègues et au soutien des gestionnaires.

Dans le cadre de son mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Charles (2011) a mené une étude ayant une approche *ethnonursing* portant sur la compréhension de l'expérience de l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes de minorités visibles. Cette approche vise « l'étude et l'analyse des perspectives émiques » de personnes, de leurs croyances et pratique, en regard d'un phénomène de soins dans une culture spécifique (Kuster, Goulet, et Pepin, 2002, p. 16). Leininger (1985) la qualifie de mini-ethnographie. Pour son étude, Charles a utilisé le cadre théorique de Srivastava (2007) qui est inspiré de la théorie de l'universalité et de la diversité des soins de Leininger (1995) et des travaux interculturels de Kleinman, Eisenberg et Good (1978). La notion de culture y est particulièrement présente et comprend plusieurs postulats comme : la sensibilité, la connaissance et les ressources culturelles pour des soins culturellement congruents et pour le développement d'un environnement culturellement compétent. L'échantillon de cette étude était composé de sept infirmiers et infirmières au Québec qui sont originaires du Cameroun, du Sénégal, du Cambodge et d'Haïti. Quatre thèmes ont émergé : s'engager à connaître l'autre, nourrir la relation interpersonnelle, faire face aux défis au quotidien et reconnaître les indices d'une intégration réussie. Dans cette étude, une minorité des participants sont des IDHQ (n=1/7). De plus cette étude a été réalisée avec un petit nombre de personnes qui n'avaient pas d'expérience antérieure de travail dans leur pays d'origine. Ceci rend difficile la comparaison avec les IDHQ qui en grand nombre ont une expérience antérieure de plusieurs années dans la profession. Toutefois, elle nous offre la possibilité de prendre connaissance de certains des éléments influençant l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes.

De son côté, dans le cadre d'une thèse doctorale par article en santé publique, Primeau (2014) a fait ressortir *les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des*

infirmières diplômées hors Québec. Cette étude a pour cadre conceptuel un modèle culturaliste développé par la chercheuse à partir du modèle culturaliste de Berry (1970). Ce modèle de Berry (1970) postule que, pour les migrants, le processus acculturatif est représenté par un choix entre le maintien de l'héritage, l'identité, la recherche et le maintien d'échange avec le groupe d'accueil (Berry, 2005). On y retrouve quatre stratégies pour l'adaptation, lorsqu'un contact avec une autre culture majoritaire se produit : l'assimilation, l'intégration, la séparation et la marginalisation. Cette étude a été réalisée grâce à un devis mixte reposant sur la démarche de Gatley, Lessen et Altman (1996). Ayant un échantillon de 168 IDHQ provenant de trois collèges au Québec, l'étude visait à décrire et comprendre les facteurs explicatifs de la réussite au programme de formation d'appoint, de l'intégration et de la rétention à court et moyen terme des IDHQ en début d'emploi. Les principaux résultats ont été que le processus de transition était à la fois influencé par les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de la migration des IDHQ (amélioration des conditions de vie, possibilité d'envoyer de l'argent à la famille dans le pays d'origine) et également par les facteurs organisationnels, ainsi que par l'environnement, soit le milieu de formation. L'auteure signale que, dans le cas de la profession infirmière, les diplômés hors Québec se doivent de laisser de côté leurs pratiques antérieures et d'assimiler les normes et pratiques infirmières locales. Celle-ci conclut la recherche en précisant qu'il importe de dissiper le préjugé selon lequel l'échec de l'intégration est uniquement dû aux caractéristiques liées à l'individu.

Cette étude réalisée avec une population similaire à notre recherche nous informe sur les facteurs de réussite. On y retrouve des facteurs individuels, tels que l'âge, la région d'origine, et si la migration s'est faite en solitaire ou avec une autre personne. On y retrouve aussi des

facteurs favorisant la période de probation telle qu'une orientation individualisée. Par contre, l'auteure ne s'attarde pas au processus d'apprentissage.

Dans le reste du Canada, deux études qualitatives, en plus de celle de Primeau (2014), ciblent l'expérience d'intégration des infirmières formées à l'étranger (Higgingbottom, 2011 ; Sochan et Singh, 2007). Pour son étude, Higgingbottom (2011) a utilisé une approche ethnographique. Cette étude s'est déroulée en deux phases durant la semaine d'orientation dans un collège local de l'ouest du Canada. Son but était d'acquérir une meilleure compréhension des expériences de transition de 23 infirmières formées internationalement (IÉN)² durant leur relocalisation au Canada, et de créer des recommandations politiques et pratiques pour améliorer la qualité de leur transition et de leur rétention. Les données ont été recueillies par enregistrement durant des entrevues semi-dirigées. Les résultats ont mis en lumière de nombreuses expériences négatives liées à leur contrat de travail et au soutien global dès l'arrivée. Des différences dans la pratique des soins infirmiers ont été constatées et des expériences discriminatoires ont été vécues par les IEN. Par exemple, les IEN ressentent une forme de subtile discrimination dans le fait qu'à des fins de validation, le traitement des permis et enregistrements est souvent retardé par un processus administratif très lourd. Ce qui, selon elles, entraîne une déqualification et l'obligation de travailler pour de longues périodes à des postes jugés de niveau inférieur. Certaines IEN estiment que l'attribution de tâches n'étant pas liée aux soins infirmiers, tels que le ménage, reflète la discrimination de l'employeur et du superviseur. Une différence dans le rôle professionnel attendu et celui vécu a été expérimentée. Pour l'étude de Sochan et Singh (2007) une méthode biographique narrative a été utilisée. Le but était de découvrir les questions liées à la certification professionnelle des soins infirmiers des IEN en

²Infirmières éduquées internationalement [IEN] est une expression équivalente à IDHQ

Ontario. Douze étudiants volontaires IEN, inscrits dans des programmes d'intégration au sein d'un collège communautaire dans la région du grand Toronto ont participé à l'étude. Ils étaient originaires des Philippines, de Chine, de Corée, d'Ukraine et des Indes. Les données ont été recueillies durant des entrevues narratives (SQUIN) une seule question a été utilisée (Wengraf, 2001). C'est une procédure qui consiste en une entrevue en profondeur peu structurée qui permet aux participants de raconter leur histoire avec un minimum d'intervention en diminuant la possibilité d'influencer l'intervieweur. Les résultats mettent en évidence que les IÉN ont progressé à travers un parcours en trois étapes dans leur quête de permis en Ontario :

- 1) l'espoir de vouloir être une infirmière autorisée en Ontario (le rêve canadien) ;
- 2) la désillusion, soit de découvrir que leur qualification ne répondait pas aux normes d'entrée pour la pratique en Ontario ;
- 3) le louvoisement entre la désillusion et la redéfinition du rêve canadien en retournant à l'école en soins infirmiers, pour améliorer leurs qualifications en soins infirmiers.

Les participants ont relevé la différence entre les programmes offerts au Canada, ainsi que la différence dans les pratiques d'une province à l'autre, l'absence de normes pancanadiennes les a également surpris. Et enfin, un sentiment d'exploitation en lien avec les salaires offerts selon les équivalences obtenues est signalé. Les échantillons de ces deux études sont relativement petits et les contextes permettent difficilement l'application à d'autres contextes. De plus, dans l'étude de Sochan et Singh (2007), la question posée selon la méthode utilisée (SQUIN) n'est pas explicite. Cependant, les auteures indiquent que plusieurs questions ont guidé la recherche : « Quelles sont leurs histoires personnelles ? Leurs expériences sont-elles similaires ? Y a-t-il une journée typique pour devenir infirmière autorisée en Ontario ? » Selon les auteures, cette recherche a servi et servira d'indication pour une amélioration de la transition des IENs auprès des organismes de réglementation des soins

infirmiers, des éducateurs en soins infirmiers et des infirmières en exercice. Cette recherche a permis de mettre en lumière les obstacles et les expériences désagréables que vivent les IENs pour avoir le droit d'exercer en Ontario.

D'autres études ont été faites sur l'expérience d'intégration d'infirmières immigrantes. Dans son mémoire, Philibert (2015) a recensé treize études publiées depuis 2000, dont onze qualitatives : six études du Royaume-Uni (Aboderin, 2007 ; Alexis et Vydelingum, 2004 ; Alexis, Vydelingum et Robbins, 2007 ; Daniel, Chamberlain, et Gordon, 2001 ; Matiti et Taylor, 2005 ; Winkelmann-Gleed et Seeley, 2005), trois études australiennes (Brunero, Smith, et Bates, 2008 ; Omeri et Atkins, 2002 ; Zhou, Windsor, Coyer, et Theobald, 2010), deux études américaines (Jose, 2011 ; Liou et Cheng, 2011), une étude canadienne (Higgingbottom, 2011) et une étude publiée en Italie (Palese, Barba, Borghi, Mesaglio, et Brusafferro, 2006).

Selon notre analyse des treize articles de la recension de Philibert, qui se retrouvent également dans notre recension, les points saillants sont : 1) il y a peu d'écrits ayant comme sujet, l'expérience d'intégration professionnelle des IEN durant un programme d'appoint ou durant leurs premières années d'intégration professionnelles ; 2) la mise en évidence du soutien des infirmières immigrantes et de son importance, en particulier au début du processus d'intégration (Alexis et Vydelingum, 2004 ; Jose, 2011 ; Liou et Cheng, 2011 ; Winkelmann-Gleed et Seeley, 2005) ; 3) la place de la culture des soins et les défis qui y sont associés, ainsi que les expériences de discrimination (Aboderin, 2007 ; Alexis et Vydelingum, 2004 ; Alexis et al., 2007 ; Liou et Cheng, 2011 ; Omeri et Atkins, 2002 ; Winkelmann-Gleed et Seeley, 2005) ; 4) les différences entre les cultures professionnelles qui engendrent parfois des adaptations difficiles (Aboderin, 2007 ; Alexis et Vydelingum, 2004 ; Jose, 2011 ; Palese et al.,

2006) ; 5) des pratiques de soins différentes ou nouvelles entre les pays (Daniel et al., 2001 ; Higgingbottom, 2011 ; Palese et al., 2006) ; 6) des difficultés de compréhension et de communication (liées à la langue) et un écart dans la communication non verbale et, pour conclure ; 7) un isolement ressenti par plusieurs des IEN (Brunero et al., 2008 ; Daniel et al., 2001 ; Winkelmann-Gleed et Seeley, 2005 ; Zhou et al., 2010). Pour analyser de façon critique ces écrits au regard de notre recherche, il est possible de remarquer que la majorité de ces études sont qualitatives et n'ont pas été faites dans le cadre d'un programme d'intégration ; excepté celles de Brunero et al. (2008) et de Daniel et al. (2001). Ces deux études ont été menées il y a plus de dix ans en Australie et au Royaume-Uni. Les IEN faisant partie de ces études sont en grande partie originaires des Philippines, des Caraïbes, du Niger et de la Chine. Selon les observations de l'étudiante chercheuse, ces pays d'origine sont différents de ceux des étudiants des programmes collégiaux d'intégration offerts en langue française au Québec (principalement d'Haïti et des pays du Maghreb). Par contre, la plupart des recherches ont eu lieu dans les pays du Commonwealth qui ont des systèmes de santé proches de ceux du Canada et du Québec (Philibert, 2015), ce qui facilite la comparaison. Il est également possible de remarquer que les échantillons sont souvent hétérogènes (participants venants de pays très différents : Indes, Italie, Roumanie et autres) et que le nombre de participants est très variable. Le genre des participants est très fréquemment féminin, ce qui est souvent le cas dans la profession infirmière (Fournier et Lapierre, 2010).

Pour résumer, les résultats de plusieurs études démontrent les difficultés d'intégration professionnelle des infirmières diplômées à l'étranger. De nombreux éléments entrent en jeu durant cette intégration professionnelle. Cependant la culture, la langue, la différence entre les pratiques et le soutien des pairs sont les plus souvent cités.

2.3. Expériences antérieures de pratique influençant l'intégration

Les IDHQ présentent une différence marquée dans l'étendue de leurs champs d'exercice et leurs responsabilités dans leur pays d'origine. Selon une observation personnelle, il est possible de trouver une expérience pratique pouvant aller d'une responsabilité entièrement administrative à une assignation en unité de soins ou en dispensaire. Toujours selon nos observations, un certain nombre d'IDHQ avait une pratique spécialisée dans leur pays d'origine : bloc opératoire ; prévention du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cependant, une grande partie des IDHQ étaient des sages-femmes désirant devenir infirmières (Philibert, 2015). Ces professionnelles spécialisées ont une expérience de travail jugée plus éloignée de la pratique généraliste au Québec (Philibert, 2015). Elles sont considérées comme ayant moins d'expérience en médecine chirurgie chez l'adulte et la personne âgée. On retrouve également des IDHQ nouvellement diplômés qui arrivent sans avoir eu une expérience de travail significative.

Dans le cadre de sa thèse doctorale, Murphy (2008) explore les expériences des infirmières diplômées à l'étranger durant leur cheminement pour devenir infirmière autorisée à Toronto, en Ontario au Canada. La méthode qualitative de la théorisation ancrée a été utilisée. Le but de cette recherche était de développer un modèle théorique du phénomène choisi. Dix-sept infirmières formées en Angleterre, à Hong Kong, en Indes, en Iran, en Chine continentale, au Nigéria, aux Philippines et en Pologne constituaient l'échantillon. Une analyse thématique des données recueillies grâce à un *focus group*, des entrevues informelles, des observations, des notes de terrain a été effectuée. De cette étude, une théorie a été construite : « *Actualizing the Dream* ». Les résultats de cette étude indiquent que les IENs ont été confrontées et ont fait face

à des tensions durant de leur cheminement et elles ont dû redéfinir qui elles étaient en tant qu'infirmières ; elles ont dû améliorer leurs compétences et leur pratique, et développer leur professionnalisme dans leur pays d'accueil. Une fois qu'elles se sont senties confiantes dans leur pratique professionnelle et qu'elles ont développé un sentiment d'appartenance dans leur nouvel environnement, elles ont pu continuer leur cheminement vers de nouvelles perspectives professionnelles.

Dans cette étude, Murphy démontre que les infirmières formées à l'étranger sans expérience de travail pré immigration sont désavantagées quant à l'intégration dans les milieux de travail. Elle signale brièvement les différences entre les expériences antérieures de travail dans les pays d'origine et celles du pays d'accueil et comment les infirmières diplômées à l'étranger tentent de faire face à la transition entre leurs expériences passées et leur pratique infirmière au Canada. Notamment, les participantes tentent de se représenter ce que l'on attend d'elles. Cette étude expose les difficultés des infirmières diplômées à l'étranger pour s'adapter au milieu de soins ontariens, mais aussi que leurs expériences antérieures peuvent enrichir le système de santé et la prise en charge des patients. De plus, un certain nombre d'IDHQ est resté éloigné de la profession durant plusieurs mois ou années pour des raisons diverses, et une longue absence de la pratique serait un facteur d'abandon des soins infirmiers (Blythe, Baumann, Rhéaume, et McIntosh, 2009). Une autre constatation des auteurs est celle du rôle de l'infirmière dans le système de soins, ainsi que du modèle de soins infirmiers qui sont différents dans certains pays, ce qui peut avoir un impact sur le défi que doivent relever les infirmières immigrantes (Neiterman et Bourgeault, 2013).

L'étude phénoménologique de Palese, Barba, Borghi, Mesaglio, et Brusaferrò (2006) sur le processus d'adaptation d'infirmières roumaines durant les six premiers mois de travail en

Italie, met justement en lumière la différence du rôle infirmier entre la Roumanie et l'Italie. Dans ce pays de migration (Italie), l'autonomie, la prise de décision et la lourdeur administrative font partie des éléments qui rendent la pratique des IÉN difficile durant les premiers mois. Ces éléments ont également été observés au Québec, où les infirmières immigrantes doivent assimiler les normes et pratiques infirmières locales (Primeau, 2014). Deegan et Simkin (2010) décrivent cette situation en se référant et s'inspirant de la recherche de Benner (1984) sur le développement de l'expertise professionnelle. Les auteurs indiquent qu'il serait possible de penser que cette transition professionnelle ramène les IDHQ au stade de débutante dans les milieux d'accueil, et ce, dans plusieurs aspects de leur pratique, ce qui entraîne une grande frustration de leur part. Toutes ces différences dans la pratique infirmière entraîneront les IDHQ vers un grand nombre d'apprentissages et expériences nouvelles. D'ailleurs, pour Mezirow (2001), l'expérience est au centre de l'apprentissage de l'adulte (Desrochers, 2009), l'apprentissage qui est lui-même une transformation du bagage de savoirs (Jarvis, 1992).

Certains auteurs ont constaté que « les infirmières au Canada ont plus de responsabilités pour leur propre pratique, en comparaison avec les infirmières immigrantes dans leur propre pays d'origine » [Traduction libre] (Blythe, Beaumann, Rhéaume et McIntosh, 2009, p. 207). Les différences liées à la pratique infirmière reflètent les valeurs culturelles qui dépassent les limites de la formation clinique (Xu, Gutierrez, et Kim, 2008). On retrouve également des différences dans les pratiques de soins et dans l'autonomie du rôle professionnel, ce qui fait que les difficultés ne sont pas aisément surmontables (OIIQ, 2007). Soixante-deux pour cent des IDHQ consultées suite au programme d'intégration rapportent qu'il y a eu peu ou modérément de changement dans leur pratique ; tandis que 26 % seulement ont apporté une

grande modification et pour 4 % il n'y a aucune modification (Primeau, 2014). Toujours dans son étude, Primeau (2014) rapporte les différences de pratique les plus marquées, entre le pays d'origine et le Québec, et qui ont nécessité une modification de pratique de la part de l'IDHQ. Ces différences sont les suivantes : 1) les techniques de soin ou les équipements (27/77) ; le type de communication (15/77) ; l'approche du patient (14/77) ; le jugement critique (11/77) ; la responsabilité des actes (10/77) ; l'autonomie (9/77) ; la gestion du temps et le rythme de travail (8/77) ; l'organisation (interdisciplinarité) et la continuité des soins (7/77). Dans cette même étude, plusieurs infirmières évoquent la remise en question de leur pratique dans le pays d'accueil, car elles faisaient face à des contradictions importantes ; certaines IDHQ parlent d'adapter certaines façons de faire, tout en précisant que les soins de bases sont et restent les mêmes (Primeau, 2014).

En résumé, quelques études qualitatives et quelques études mixtes font ressortir les différences de pratiques et soulignent que les expériences antérieures des infirmières diplômées à l'étranger jouent un grand rôle dans l'adaptation aux nouveaux milieux de soins. Nous pouvons croire que ces différences importent également dans les programmes d'intégration professionnelle en ce sens que les IDHQ ont eu dans leur pays d'origine des pratiques et des expériences professionnelles antérieures très différentes de celles du Québec (OIIQ, 2007 ; Philibert, 2015 ; Primeau, 2014).

2.4. Apprentissage dans les programmes d'appoint

À notre connaissance, il existe peu d'écrits nationaux et internationaux qui s'attardent à l'apprentissage en cours de programmes d'appoint pour des infirmières immigrantes. Cependant, une étude américaine, celle de Baj (1997), explore l'expérience d'apprentissage d'infirmières immigrantes durant un programme pilote d'intégration aux États-Unis, dont le

développement a été échelonné sur trois ans. Cette étude visait l'évaluation d'un programme de formation auquel ont participé 45 infirmières immigrées russes ayant en majorité 2 ans de pratique dans leur pays d'origine. Le principal objectif de ce programme était d'intégrer dans le système de santé ces infirmières immigrantes qui faisaient face à plusieurs barrières à leur intégration : au niveau de la langue anglaise (dont le vocabulaire médical), au niveau de la pratique « clinique » et enfin au niveau du rôle infirmier aux États-Unis, incluant la relation avec les patients. Ce programme comprenait : 1) des cours de langue anglaise, soit 144 heures de pratique incluant l'utilisation des terminologies médicales ; 2) 150 heures sur le rôle infirmier et la pratique infirmière sécuritaire ; 3) 135 heures de préceptorat dans un centre hospitalier et enfin 4) 36 heures consacrées à la recherche d'emploi. En parallèle, un groupe contrôle composé de 12 infirmières ayant les mêmes caractéristiques n'a pas suivi le programme, mais a eu accès à différentes formes d'aides optionnelles pour la préparation à l'examen du NCLEX-RN. Les participantes de ce groupe contrôle ont massivement échoué à l'examen NCLEX-RN. Les principaux résultats de cette recherche ont indiqué que le rôle infirmier en Russie était très différent de celui aux États-Unis, en particulier le rôle infirmier d'*advocacy* auprès des patients, la considération du patient comme partenaire de soins, ainsi que l'autonomie infirmière dans la pratique des soins. Le programme a été bonifié suite aux évaluations des étudiantes à la fin de chaque cycle et une nette amélioration a été constatée après chaque changement du programme. Ces cours bonifiés ont permis à 87 % des étudiantes de terminer le programme et à 83 % de réussir le NCLEX-RN. Malgré tout, il a été constaté que les barrières culturelles, le manque d'autonomie et de rapidité des infirmières russes sont difficiles à dépasser dans un service de soins très actif. Les auteurs proposent que l'intégration des infirmières formées à l'étranger soit graduelle, en débutant dans des milieux

de soins moins actifs. Malgré un manque de clarté dans la présentation des résultats et une date de recherche de 1997, cette étude peut servir de piste de réflexion pour l'intégration d'infirmières provenant de différents pays où les expériences de travail sont différentes de celles du Québec. On retrouve également des liens entre les infirmières russes et les IDHQ de notre recherche (culture, autonomie et autres). Cette recherche semble, à notre connaissance, être la seule à présenter la description de l'évolution d'un programme d'intégration en soins infirmiers. Il serait bon de favoriser ce type d'étude pour aider l'amélioration ou la création de programmes d'intégration en soins infirmiers.

Malgré le peu d'écrits sur les programmes d'intégration, le point le plus cité dans la littérature scientifique est le manque de balises communes entre les programmes d'appoint (Covell, Neiterman et Bourgeault, 2016 ; Jeans, Hadley, Green et Da Prat, 2005 ; Konno, 2006 ; Zizzo et Xu, 2009). Le nombre limité d'écrits a amené Zizzo et Xu (2009) à souligner le besoin flagrant d'études empiriques pour une évaluation de l'efficacité de tels programmes. Covell, Neiterman et Bourgeault, (2016) en utilisant le cadre méthodologique d'Arskey et O'Malley en six étapes, regroupent 107 publications dans une revue des écrits. Le but de cette étude était de cartographier les thèmes clés qui ressortent des écrits sur l'intégration professionnelle des professionnels de la santé formés hors Canada de 2000 à 2012. Les auteures font également remarquer le manque d'études en regard de l'évaluation des programmes facilitant l'intégration de ces professionnels de la santé.

Primeau (2014) et Philibert (2015) rappellent que le Québec et le Royaume-Uni sont les deux seuls endroits exigeant et réglementant un programme d'intégration obligatoire aux infirmières immigrantes. Afin d'avoir une compréhension juste de ces programmes d'intégration, il serait bénéfique d'en étudier les diverses composantes. Au Québec, pour préparer ces infirmières en

milieu collégial au degré d'autonomie attendu, une des méthodes pédagogiques utilisées depuis 2001 est la méthode d'apprentissage par problème pour stimuler les habiletés de résolution de problème et améliorer leur autonomie (Larue et Cossette, 2005). Toutefois, ces mêmes auteurs précisent que les étudiants en soins infirmiers dans un cours régulier au collégial préfèrent généralement utiliser, comme stratégie d'apprentissage, des stratégies cognitives pour mémoriser ou la répétition ; d'où un traitement plus superficiel et plus passif de l'information. Cependant, l'étude de Larue et Cossette (2005) sur les stratégies d'apprentissage vise les étudiants en soins infirmiers durant les cours réguliers et non les étudiants dans un programme d'intégration professionnel. Outre les stratégies d'apprentissage utilisées par les étudiants en soins infirmiers, on retrouve dans la littérature scientifique des écrits sur les méthodes d'apprentissage utilisées durant leurs programmes de formation. Parmi les méthodes d'apprentissage les plus citées par les préceptrices et les infirmières diplômées à l'étranger, le préceptorat est qualifié d'approche exemplaire, pour faciliter la transition professionnelle des IDHQ (Boulais, 2012). Le préceptorat soutient l'apprentissage particulièrement dans un nouvel environnement (Sherman et Eggenberger, 2008), ce qui est le cas des IDHQ qui sont souvent issus d'environnements très différents de celui du Québec ; que ce soit l'environnement en général, ou l'environnement professionnel. Boulais (2012) dans un mémoire de maîtrise en sciences infirmières, explore les perceptions d'infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger et de préceptrices sur les stratégies facilitant la transition professionnelle en période de préceptorat. Un devis de recherche descriptif qualitatif a été utilisé et la théorie intermédiaire de l'expérience de la transition proposée par Meleis, Sawyer, Messias et Schumacher (2000) a servi de cadre de référence. L'étude avait pour but de décrire les perceptions d'IIDÉ (infirmières et infirmiers formés à l'étranger) et de préceptrices, en regard

des stratégies utilisées en période de préceptorat, pour contrer les barrières et faciliter la transition professionnelle d'IIDÉ en milieu de santé québécois. Les participantes de cette étude étaient deux préceptrices et six IIDÉ d'un centre hospitalier québécois. Des entrevues individuelles semi-structurées et un journal de bord ont été utilisés. Les résultats identifient plusieurs stratégies facilitant la transition et visant les l'IIDÉ, la préceptrice, l'équipe de travail et l'organisation du centre hospitalier. Toutes les participantes sont d'accord pour dire qu'il est possible aux IIDÉ d'utiliser des stratégies pour faciliter leur transition durant un préceptorat et d'utiliser la pro- activité. Les résultats englobent pour les IIDÉ : se sentir et rester en contact pour diminuer l'isolement ; échanger et créer des liens ; se familiariser avec le langage local ; interagir avec l'entourage ; apprendre à déléguer et s'exercer en période de préceptorat au travail d'équipe avec l'infirmière auxiliaire et suppléer la préceptrice selon les besoins de l'IIDÉ. Les résultats pour les préceptrices sont les suivants : recommander à l'IIDÉ de s'impliquer et d'utiliser les ressources disponibles ; démontrer de l'intérêt envers l'IIDÉ et la présenter à l'entourage ; reconnaître et diminuer son stress.

Pour résumer, les méthodes d'apprentissage utilisées dans les programmes d'appoint, le manque d'uniformité des programmes et le manque d'évaluation de ces programmes sont à souligner. Le préceptorat est quant à lui cité comme favorisant l'intégration des IDHQ dans plusieurs de ces programmes.

Pour conclure cette recension des écrits, nous pouvons dire que, pour exercer son rôle de façon compétente, l>IDHQ doit constituer ses différents savoirs à partir de l'expérience (Mezirow, 1978, 1990, 1991, 2000). Pour une qualité et une sécurité optimale des soins, il est primordial que les IDHQ arrivent leurs nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs, notamment pour une prise en charge efficace des soins aux personnes, familles ou communautés. Une définition

similaire à celle de Tardif, adoptée par l'OIIQ, indique que la compétence professionnelle fait référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires à l'infirmière pour exercer sa profession, ainsi qu'à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée » (OIIQ, 2005, p.1). L'infirmière fait face à une complexité inhérente aux situations de soins tout en prenant des décisions qui auront des conséquences sur les patients et leur santé. Ces décisions et actions doivent être appuyées sur leurs savoirs et leur pensée critique (Lechasseur, 2009). Les expériences et connaissances antérieures des IDHQ sont différentes de celles acquises au Québec et amènent à nous poser des questions sur l'arrimage des nouveaux savoirs acquis au Québec avec les savoirs antérieurs pour une prise en charge effective des patients. Il est à préciser que les IDHQ, durant les stages du programme d'intégration, étudient et pratiquent dans des contextes de soins réels, « la maîtrise des compétences et la sécurité des patients sont toujours intimement liées » (Fournier et Lapierre, 2010, p. 6).

Les IDHQ étant des adultes retournant aux études dans un programme d'intégration, l'étudiante-chercheuse s'est dirigée vers un cadre théorique qui pouvait guider la recherche et aider à explorer et comprendre l'apprentissage. Elle a recherché une théorie dont elle pourrait s'inspirer pour explorer l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. La position épistémologique constructiviste de Mezirow et les éléments déclencheurs, qui ont nourri la réflexion durant l'élaboration de cette théorie, ont paru pertinents. La théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1978) a donc été privilégiée.

2.5. Cadre de référence

La présente étude s'inspire de la théorie de l'apprentissage transformationnel introduite par Mezirow en 1978, dans le but d'explorer l'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs

antérieurs en soins infirmiers des IDHQ durant un programme d'intégration collégial. À la connaissance de l'étudiante chercheuse, cette théorie n'a pas été utilisée pour des études ciblant le même sujet. Cette théorie a évolué au fil des écrits de l'auteur.

Mezirow, sociologue et professeur émérite de l'éducation des adultes au *Teachers College* à l'Université de Columbia s'est particulièrement intéressé à leur apprentissage. Mezirow définit l'apprentissage comme un processus qui renouvelle l'interprétation de sens ou qui revoit d'anciennes interprétations ; l'apprentissage est interrelié avec la recherche de sens et l'expérience (Mezirow, 1991). En 1970, celui-ci a mené une recherche nationale auprès de 83 femmes retournant aux études dans 12 programmes de réinsertion. Cette recherche servira de fondement pour sa théorie de l'apprentissage transformationnel. Il a trouvé que les apprenantes entreprenaient une démarche de changement. En effet, pour apprendre, toute personne doit modifier de façon consciente son interprétation initiale, ou en construire une nouvelle qui lui servira de référence pour guider ses futures actions (Duchesne, 2010). Les nouvelles interprétations issues de l'expérience culturelle, idéologique sociale, langagière et se confrontent aux anciennes (Mezirow, 1991). Les expériences font partie de l'histoire de chacun. Que ce soit l'apprenant ou l'éducateur, chacun « est prisonnier de son histoire » [Traduction libre] (Mezirow, 2001, p. 21), et « n'est jamais totalement libre de son passé » [Traduction libre] (Mezirow, 1997, p. 2). Ceci demande aux individus d'apprendre à ne pas se laisser « écraser » par les changements et de continuer à s'exposer à de nouvelles connaissances. Selon Mezirow (1996), en utilisant une réflexion critique sur sa pratique, la théorie de l'apprentissage transformationnel permet de supposer que les apprenants analyseraient et utiliseraient une interprétation antérieure pour construire une interprétation nouvelle et guider leurs futures actions. Ce qui pourrait être le cas des IDHQ de notre

recherche. L'apprentissage transformationnel, qui inclut la réflexion critique, facilitera la compréhension des événements survenant durant l'âge adulte et donc le développement d'une pensée autonome chez l'apprenant adulte (Mezirow, 1997).

La théorie de l'apprentissage transformationnel propose une stratégie de transformation ayant quatre éléments clés à savoir l'expérience, la réflexion critique, le discours rationnel et l'action (Mezirow, 1978, 1991, 2000). L'apprentissage se produit en fonction de l'une ou l'autre des quatre opérations suivantes (Mezirow, 2000) : 1) la conscientisation des construits existants ou savoirs antérieurs qui servent de cadres de références ; 2) l'acquisition de nouveaux construits ou l'expérience transformative ; 3) la transformation des points de vue de la personne ; 4) la transformation des façons dont elle construit ses points de vue (Duchesne et Skinn, 2013. p. 387). On y retrouve trois domaines d'apprentissage distincts : le domaine technique en lien avec le travail, le domaine pratique en lien avec l'interaction et le domaine émancipatoire en lien avec le pouvoir (connaissance de notre propre rôle) (Mezirow, 1981). Cette théorie décrit l'apprentissage en dix phases dont l'apprenant fait l'expérience ; phases qui le conduisent peu à peu à une clarification du vécu (Mezirow, 2000). Ces phases sont les suivantes : « 1) un dilemme désorientant ; 2) une prise de conscience avec des sentiments de crainte, de colère, de culpabilité ou de honte ; 3) l'évaluation critique des présomptions ; 4) la reconnaissance que l'insatisfaction éprouvée et le processus de transformation sont partagés ; 5) l'exploration des options de nouveaux rôles, de nouvelles relations et de nouvelles actions ; 6) la planification d'un plan d'action ; 7) l'acquisition du savoir et des habiletés nécessaires pour mettre en œuvre ses nouveaux plans ; 8) les essais provisoires des nouveaux rôles ; 9) la construction de la compétence et la confiance en soi nécessaires dans les nouveaux rôles et les nouvelles relations ; 10) la réintégration de sa propre vie sur la base des conditions imposées par sa

nouvelle perspective » [Traduction libre] (Mezirow, 2000, p. 22). Il est à souligner que dans cette théorie, le développement et la validation de la pensée critique et réflexive sont mis en valeur pour un agir selon les propres valeurs, croyances et habitudes de l'apprenant : « *habits of mind* » (Duchesne, 2010). Les connaissances et les expériences antérieures de la personne ont une grande influence sur le cadre de référence de chacun, qu'il soit rigide, en changement ou en modification durant l'apprentissage. En 2000, Mezirow poursuit le développement de la théorie, en ajoutant des dimensions aux « *habits of mind* » : la dimension sociolinguistique, morale-éthique, épistémique, philosophique, psychologique et esthétique (Kitchenham, 2008). Plusieurs discussions et descriptions de l'utilisation de la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow ont été publiées, notamment par Taylor (2000, 2007), qui a mené deux revues critiques des écrits ; la dernière concernant les recherches de 1999 à 2005. Quarante articles scientifiques y sont répertoriés. Une idée récurrente est relevée dans la majorité des écrits : le processus d'apprentissage est influencé par des dimensions cognitives propres à l'apprenant (Page-Lamarche, 2005 ; Baumgartner, 2001 ; Taylor, 1997, 2000 ; Imel, 1998). Selon Taylor (2007), l'apprentissage implique l'expérience vécue, la réflexion critique des raisons et arguments sur lesquels les croyances et arguments sont fondés, ainsi que les relations interpersonnelles. Le tout constitue la partie importante du processus de transformation, et favorisera un dialogue réflexif, si le dialogue réflexif est interne ou se fait en relation avec d'autres personnes (Taylor, 2007). Ainsi, la place de la réflexion est centrale dans la pensée de Mezirow (Balleux, 2000). Lors d'actions problématiques, cette réflexion peut participer de façon critique à la transformation des cadres de référence des apprenants (Duchesne, 2010). En effet, selon Mezirow (1990), la réflexion critique est la seule qui implique la conscience et la critique des pratiques ; ce qui a pour conséquence une

transformation de ces pratiques, donc des savoirs qui sont construits. Les trois domaines de Mezirow (1991), à savoir le domaine technique, le domaine pratique et le domaine émancipatoire, sont directement en lien avec la situation des IDHQ qui interagissent et doivent connaître leur propre rôle durant les phases du programme d'intégration.

En résumé, la théorie de l'apprentissage transformationnel nous oriente vers l'exploration de l'arrimage des savoirs antérieurs aux nouveaux savoirs des IDHQ. La théorie a servi de cadre global pour définir et examiner l'apprentissage, en explorant avec les IDHQ quels savoirs elles ont utilisés comme cadres de référence, savoirs qu'elles combineront pour mettre en exercice leurs compétences.

Pour Mezirow (2001), l'expérience constitue le cœur de la formation, mais celle-ci doit être transformée par l'apprenant pour constituer un savoir. Legendre (2005) donne la définition suivante au mot « savoir » : « ensemble de connaissances approfondies acquises par un individu, grâce à l'étude et à l'expérience » (p. 1202). Quant à Tardif (2006), il fait partie des auteurs qui associent les « types de connaissances » à différents « types de savoirs ». Les « savoirs » théoriques sont associés aux connaissances déclaratives et le savoir-faire correspond aux connaissances procédurales selon les critères de la psychologie cognitive (Tardif, 2006, p. 23). En effet, à des fins d'apprentissage, durant le traitement de l'information, l'apprenant sélectionne les informations les plus significatives pour en extraire la connaissance et ainsi construire son savoir. Quant à Mezirow (2001), il précise que les nouveaux savoirs ont pour base les expériences antérieures, la socialisation organisée en « structure de présomptions » et le cadre de référence. Dans le cadre de notre recherche, les savoirs sollicités par les IDHQ, durant le programme d'intégration et particulièrement pendant les cours et les examens, les pratiques en laboratoire et les stages, sont ceux qu'il nous importe

de décrire. Selon la théorie de Mezirow, les nouveaux savoirs des IDHQ auront pour base leurs expériences et connaissances antérieures. Elles tenteront de modifier leurs cadres de référence pour répondre à de nouvelles situations en faisant des choix. C'est pourquoi, les deux premières opérations de l'apprentissage transformationnel de Mezirow, c'est-à-dire la conscientisation des construits existants ou savoirs antérieurs qui servent de cadres de référence et l'acquisition de nouveaux construits ou l'expérience transformative, nous ont particulièrement inspirée lors de l'élaboration du guide d'entrevues de groupe. Elles amènent à comprendre qu'au cours de leurs apprentissages, les IDHQ prennent conscience de leurs savoirs antérieurs et font des ajustements ou des changements dans leurs cadres de référence. Ces ajustements ou changements interviennent dans la construction et l'arrimage des nouveaux savoirs identifiés. Ainsi, ayant choisi un devis un qualitatif exploratoire pour mener notre étude, nous avons utilisé la théorie de l'apprentissage transformationnel comme cadre global de référence. Cette théorie a de plus servi à structurer la discussion des résultats.

Chapitre 3 – La méthode

Dans ce chapitre, la méthode de recherche choisie pour l'atteinte du but de la recherche, soit d'explorer chez les IDHQ en cours d'apprentissage, l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs nécessaires à la pratique infirmière « *auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie* » sera présentée. Les IDHQ doivent atteindre le niveau exigé des compétences centrales du programme complémentaire en milieu collégial, dont celle à laquelle nous nous sommes intéressées soit intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés. Le chapitre inclut le devis de recherche d'étude de cas, la définition du cas, la population des IDHQ et le milieu de l'étude, l'échantillon, le déroulement de l'étude ainsi que la collecte et l'analyse des données.

3.1. Devis de recherche

Un devis qualitatif exploratoire a été choisi pour mettre en lumière l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ. Le projet de recherche a été réalisé à l'aide d'une étude de cas. La méthode proposée par Stake (1994), qui s'inscrit dans une approche épistémologique constructiviste, a permis d'assurer la cohérence épistémologique de cette recherche avec le cadre théorique choisi. L'étude de cas est définie par « l'intérêt pour les cas individuels et non par les méthodes de recherche utilisées qui visent la généralisation » [Traduction libre] (Stake, 1994, p. 236). Stake fait également remarquer « qu'une étude de cas est aussi bien le processus d'apprentissage sur le cas étudié que sur le produit de notre

apprentissage » [Traduction libre] (Stake, 1994, p. 236). Selon ce chercheur, l'étude de cas n'est pas qu'un choix méthodologique, mais aussi le choix d'un objet à étudier (Stake, 1994). Le cas est spécifique et peut comprendre un évènement, un groupe ou un ensemble d'individus, des communautés, des groupes sociaux (Paillé et Mucchielli, 2012 ; Stake, 2000 ; Yin, 2009 ; Loiselle et McGrath, 2007). Dans les divers types de cas évoqués par Stake, le type de cas intrinsèque a été retenu. Stake (1994) différencie l'étude intrinsèque de l'étude instrumentale et de l'étude de cas multiples, en stipulant que le chercheur s'attache à un cas particulier ; les finalités visant essentiellement la compréhension du cas en particulier. Cette stratégie rejoint le but de la présente recherche, au cours de laquelle l'étudiante chercheuse a adopté une attitude d'apprenante. Elle a donné la priorité aux propos des IDHQ et mis de côté son statut d'enseignante et sa propre expérience d'IDHQ afin d'être ouverte aux idées émises par les IDHQ, lors de la collecte et de l'analyse des données.

3.2. Définition du cas

Le cas de cette recherche a été délimité selon les critères évoqués par Stake (1994, 1995, 2005) : temps et espace. Le cas était un groupe de 52 IDHQ (n=52) qui étudiait dans un programme d'intégration de huit à onze mois en soins infirmiers en milieu collégial montréalais, au Québec. Les étudiantes qui composaient ce groupe tentaient d'intégrer de nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs acquis dans leur pays d'origine en cours de formation ou d'expériences de pratique infirmière. Elles avaient à réaliser un stage de 15 jours ou de 20 jours au cours duquel la compétence : « Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie » a été interpellée par l'ensemble des IDHQ.

3.3. Population cible

La population ciblée de l'étude était l'ensemble des IDHQ durant un programme d'intégration collégial en soins infirmiers au Québec.

3.4. Milieu de la recherche

Le milieu de la recherche était un des établissements d'enseignement collégial à Montréal, au Québec, où le programme d'intégration en soins infirmiers est donné. La conseillère pédagogique de cet établissement ayant un rôle de soutien auprès des étudiants a été choisie comme personne-ressource pour faire un lien entre l'unité collégiale, les participantes potentielles à la recherche et l'étudiante chercheuse.

3.5. Échantillon

Dans toutes recherches scientifiques, les éléments d'ordre logistique sont à considérer (Loiselle et al, 2007) : l'accès, la facilité d'entrée, le calendrier, la disponibilité et les échéanciers en regard de la planification de la recherche pour décrire l'espace-temps des diverses étapes de la recherche, de même que le volet financier. À la suite des approbations scientifiques (Annexe E) et éthiques (Annexe E et F), ces éléments nous ont guidés pour faire le choix des cohortes d'étudiants. La cohorte A a réalisé son deuxième stage de médecine-chirurgie durant la période du 4 juillet au 11 août 2017 (20 jours). La cohorte B a réalisé son premier stage de médecine-chirurgie durant la période du 8 août au 1^{er} septembre 2017 (15 jours). Un échantillon de convenance de 27 IDHQ a donc été créé à partir des personnes volontaires répondant aux critères d'inclusion. Pour les participantes IDHQ les critères d'inclusion étaient : 1) être une étudiante inscrite pour une première fois ou en période de reprise dans le programme d'intégration professionnelle des IDHQ choisies pour cette étude ;

2) être détentrice d'un diplôme antérieur clôturant un programme d'études en soins infirmiers, en médecine ou de sages-femmes dans son pays d'origine, car notre étude portait sur l'intégration des savoirs nouveaux aux savoirs antérieurs; 3) avoir réussi l'examen de francisation du collège; 4) avoir accepté de s'exprimer sur ses expériences d'apprentissage professionnel antérieures et actuelles; 5) être en voie de compléter le stage de 15 jours ou de 20 jours en médecine-chirurgie; 6) ne pas avoir eu un arrêt de travail ou d'étude de plus de deux ans avant de commencer le programme d'intégration. Ce critère nous a semblé nécessaire pour éviter que les participantes fassent appel à des souvenirs d'apprentissage trop lointains qui auraient pu être déformés par le temps. Mezirow (1991) rappelle que le souvenir dépend de son intégration dans l'apprentissage passé et de la fréquence à laquelle la mémoire a été appelée. Il ajoute que «si une expérience semble incompatible avec la structure ou la provocation du sens, l'intégration est moins probable et le rappel sera probablement distordu» (Mezirow, 1991, p.6); 7) ne pas avoir eu dans le passé l'étudiante-chercheuse comme enseignante.

3.6. Recrutement des participants

Dès l'obtention des approbations éthiques des instances concernées, la conseillère pédagogique a envoyé un courriel aux étudiantes des cohortes A et B afin de les inviter à une séance d'information sur le projet de recherche. Comme il est indiqué au Tableau I (p.43), les séances d'information ont eu lieu dans la semaine 22 mai 2017 pour la cohorte A et dans la semaine du 17 juillet 2017 pour la cohorte B. Ces dates ont été choisies en coopération avec la coordination de l'établissement, afin de ne pas interférer avec les horaires de travail des étudiantes. Par le choix de ces dates, nous nous sommes également assurées que toutes les étudiantes avaient une expérience de stage. Au fil des séances d'information, les *focus groups*

ont été constitués des premières étudiantes volontaires de la cohorte A, puis de la cohorte B. Les heures de rencontres ont été déterminées en collaboration avec la conseillère pédagogique et la coordinatrice du programme. Les rencontres d'information ont été animées par l'étudiante chercheuse. Un espace-temps de 45 minutes prévu par la conseillère pédagogique a été utilisé pour être en mesure de donner une bonne idée de la recherche et répondre aux questions éventuelles. Une copie du formulaire d'information et de consentement (Annexe H) a été remise aux participantes potentielles lors des rencontres d'information. Le recrutement par l'étudiante chercheuse a débuté suite à la séance d'information et a été poursuivi durant toute la période de collecte des données (Fortin, 2010). Les personnes volontaires ont pu contacter directement l'étudiante chercheuse par le biais d'un courriel (adresse institutionnelle) ou lui remettre le formulaire en personne alors que, suite à la séance d'information, elle s'est rendue disponible pour une période d'une heure dans un local à la bibliothèque afin de répondre à d'éventuelles questions complémentaires. Quelques participantes ont préféré confirmer leur présence ou leur absence aux *focus groups* par message texte en utilisant les coordonnées téléphoniques, de l'étudiante-chercheuse, mises à leur disposition dans le formulaire de consentement à l'étude qui leur a été remis (Annexe H). Trois participantes ont été exclues. Les deux premières en raison d'un arrêt de travail de plus de deux ans et la troisième avait eu l'étudiante chercheuse comme enseignante quelques années auparavant. De plus, quatre volontaires ont annulé leur présence aux *focus groups*.

Tableau I. Récapitulatif des cohortes, dates des séances d'information et des *focus groups*

Cohorte A (n= 22)	Cohorte A (n=22)	Cohorte B (n= 30)	Cohorte B (n= 30)
Cours : 20 jours de stage	Cours : 20 jours de stage	Cours : 15 jours de stage	Cours : 15 jours de stage
Début du stage : 4 juillet Fin du stage : 18 août 2017	Début du stage : 4 juillet Fin du stage : 18 août 2017	Début du stage : 7 août Fin du stage : 1 septembre 2017	Début du stage : 7 août Fin du stage : 1 septembre 2017
Séance d'information : Semaine du 22 mai 2017 : 23 mai 2017 (9h)	Séance d'information : Semaine du 22 mai 2017 : 23 mai 2017 (9h)	Séance d'information : Semaine du 17 juillet 2017 : 18 juillet (12h35)	Séance d'information : Semaine du 17 juillet 2017 : 18 juillet (12h35)
<i>Focus group</i> n#1: Semaine du 10 juillet : 10 juillet (11h30)	<i>Focus group</i> n#2 : Semaine du 17 juillet : 17 juillet (11h30)	<i>Focus group</i> n#3 : Semaine du 14 août : 14 août (9h30)	<i>Focus group</i> n#4 : Semaine du 21 août : 21 août (9h30)

3.7. Collecte des données

En raison du nombre de volontaires, quatre *focus groups* ont été organisés. Les *focus groups* se sont déroulés en dehors des heures de cours et selon les heures ouvrables de la bibliothèque du cégep. Pour les volontaires de la cohorte A, le premier *focus group* a été tenu le 10 juillet 2017 durant une plage horaire libre de leur deuxième portion de stage. Le deuxième *focus group* a eu lieu une semaine plus tard, soit le 17 juillet 2017. L'ensemble des outils utilisés pour la collecte des données a été le guide de la rencontre en *focus groups* (Annexe C), le journal de bord dans lequel l'étudiante chercheuse avait consigné ses observations et réflexions suite aux entrevues, ainsi qu'un court questionnaire de données sociodémographiques (Annexe D). Ceci rencontrait le critère de la variété des sources de données pour bien comprendre le phénomène étudié, comme le recommande Stake (1995, 2005). L'utilisation des *focus groups* est une méthode de collecte de données particulièrement recommandée lorsque l'on peut supposer que les personnes s'exprimeront plus facilement en groupe (Yin, 2011), ce qui s'est avéré le cas dans la présente recherche.

Les recommandations, quant au nombre de participants souhaité pour avoir un groupe productif, sont parfois contradictoires selon les écrits consultés. Un groupe de huit participants fait partie de la moyenne la plus répandue (Baribeau, 2009), nous nous sommes conformés le plus possible à cette recommandation. Les *focus groups* ont en effet servi à collecter les données sur les expériences en relation avec les savoirs qui ont marqué les IDHQ et sur les ajustements et les changements qui ont été nécessaires dans leurs prises de décisions et leurs jugements.

Les données recueillies durant le premier *focus group* ont été analysées de manière préliminaire et ont servi de base pour la tenue du deuxième *focus group*. Une période d'une

semaine a été utilisée pour cette première analyse, ce qui a permis à l'étudiante chercheuse de reformuler des questions pour la discussion avec le deuxième groupe, en ciblant certains points afin de récolter des compléments d'information. Par exemple, lorsque l'étudiante chercheuse demandait : « à votre avis qu'est-ce qui a provoqué le fait d'aller chercher vos savoirs antérieurs ? », puis « qu'est-ce qui a fait que vous vous êtes tournées vers vos savoirs antérieurs ? » La deuxième question engendrait une confusion. Les participantes réitéraient leur première réponse sans complémentarité. La deuxième question a donc été supprimée, ce qui a permis aux participantes d'aller instinctivement plus en profondeur dans leurs réponses.

Le guide des *focus groups* a été élaboré par l'étudiante chercheuse pour orienter les sujets à aborder au cours des entrevues de groupe. Ce guide, inspiré par le cadre de référence et en lien avec la question de recherche, a été élaboré suite à un échange avec la directrice de recherche et les membres du comité d'approbation. Afin d'aiguiller les entrevues de groupe, comme le recommandent Paillé et Mucchielli (2012), le guide d'entrevue comprenait des questions ouvertes et quelques pistes d'exploration tirées de la recension des écrits, du cadre de référence, ainsi que de la question de recherche. Le guide des *focus groups* est présenté en Annexe C. Il est à rappeler que les entrevues ont été enregistrées, ce qui a permis une fidélité maximale des données qui ont été transcrites verbatim (Polit et Beck, 2012). Durant les deuxième et quatrième *focus groups*, l'étudiante chercheuse a été assistée par une étudiante au doctorat, et durant les premier et troisième *focus groups* par un étudiant au doctorat. Les deux observateurs étaient expérimentés et avaient déjà utilisé à plusieurs reprises la méthode de collecte de données des *focus groups* dans des travaux de recherche universitaires. Les assistants ont pris en note les réflexions et les réponses les plus pertinentes, ainsi que les observations concernant la dynamique du groupe et le déroulement de la rencontre (minutage

et autres). Ceci a permis un retour en commun immédiat (*debriefing*) sur les impressions de chacun, les idées exprimées par les participantes, ainsi que certains éléments à retenir de l'entrevue. Les *focus groups* ainsi que les « *debriefings* » ont été enregistrés sur bande audionumérique. Au préalable de la collecte des données de la recherche, l'étudiante chercheuse a fait quelques pratiques de *focus groups* pour se familiariser avec ce type d'entrevues et s'assurer de la clarté des questions du guide d'entrevues. Les *focus groups* ont été complétés par des notes d'observations enregistrées par l'étudiante chercheuse immédiatement après les entrevues, notes qui ont servi à « étoffer », et plus tard à mieux comprendre les données recueillies (Loiselle et al., 2007, p. 311). En plus des observations consignées par l'étudiante chercheuse, cette dernière a tenu un journal de bord durant tout le projet. Y ont été notés : les questionnements épistémologiques et méthodologiques, les commentaires sur chaque entrevue, ainsi que les activités en lien avec le projet de recherche. Le journal de bord est cité comme un outil manuscrit ou électronique important pour de nombreux chercheurs utilisant la méthode de recherche qualitative, et en particulier l'étude de cas (Stake, 1995). Ainsi, des sources multiples d'informations ont été utilisées, permettant une triangulation des méthodes de données afin de valider la concordance des propos (Stake, 1995).

3.8. Gestion des données

Chaque enregistrement des *focus groups* et de leur *debriefing* ont été identifiés par exemple : Audio FG n# 1, Audio *debriefing* FG n#1. L'étudiante chercheuse a retranscrit elle-même les enregistrements des entrevues de groupe. Elle a écouté les entrevues et a corrigé au besoin le verbatim. Chaque entrevue de groupe transcrite a été sauvegardée et datée dans un dossier numérique spécifique. Chaque transcription des entrevues a eu un code maître par exemple

pour les *focus groups* : FG et un sous code n#1. Chaque transcription a reçu des numéros de ligne pour faciliter le repérage des discussions. Chaque participante avait choisi un nom fictif, afin de préserver la confidentialité du nom des participantes. Les données transcrites sur support informatique ont été sécurisées par un mot de passe. Une copie électronique des documents a été conservée sur une clé USB déposée dans un endroit sécuritaire connu seul de l'étudiante chercheuse. Un dossier crypté des coordonnées des participantes a été mis en sécurité sur la clé USB personnelle de l'étudiante chercheuse, il servira éventuellement à des fins de contrôle, s'il y a lieu, par les comités d'éthiques. La directrice de recherche a pu accéder à la transcription des données dénominalisées. La liste des participantes a été mise à jour régulièrement par l'étudiante chercheuse, lors des désistements et des ajouts de personnes.

3.9. Analyse des données

Stake (2003) souligne que la gestion des données et l'analyse des données sont intégralement liées, sans qu'il y ait vraiment de frontières entre elles. Stake ne présente pas vraiment de méthode pour l'analyse des données. Cependant, il indique deux stratégies pour analyser des données qui sont souvent utilisées par les chercheurs : 1) l'agrégation catégorielle, qui est le regroupement de données complexes et le développement de catégories pour faciliter la recherche de sens ; 2) l'interprétation directe, qui est la recherche de nouvelles significations en regard du cas pour en dégager un sens (Stake, 1995). Malgré tout, Stake (1995) reconnaît que ces stratégies ne sont pas forcément la bonne façon de procéder à l'analyse d'une étude de cas, surtout pour un chercheur débutant. Il précise que chaque chercheur selon son expérience doit trouver la forme d'analyse qui fonctionnera pour lui. C'est pourquoi le processus privilégié d'analyse des données pour cette recherche a été l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012). Les auteurs stipulent que l'analyse thématique est une opération centrale

particulièrement recommandée pour les chercheurs débutants. Ils décrivent l'analyse qualitative comme un travail d'écriture qui se situe sur trois niveaux. La transcription-traduction qui implique la mise à l'écrit des enregistrements des entrevues ; la transposition-réarrangement où le chercheur restitue par ses propres mots les gestes, les mots et les moments des participants et la reconstruction-narration du mémoire lui-même avec ses pistes d'interprétation. L'analyse thématique a deux fonctions principales : le repérage d'extraits où des thèmes pertinents seront relevés et une fonction de documentation où l'on tracera des parallèles, des oppositions ou des divergences entre les propos (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232). L'étudiante chercheuse a réécouté les entrevues pour se familiariser avec les dialogues et les idées principales. Puis la transcription a été faite en utilisant le mot à mot, les silences ont été indiqués. Ensuite, l'étudiante chercheuse a lu et relu les transcriptions pour se familiariser avec le contenu et en avoir une vue d'ensemble. Un tri (segments) a été fait ensuite selon la pertinence de la relation avec la question de recherche. Un codage a été fait, soit : un étiquetage des segments de données à l'aide d'un code. Ces codes étaient sous forme de mots clés, par exemple : habitude, lois, stress. L'analyse a été faite de façon inductive pour une meilleure saisie des différents thèmes émergents. Par exemple, pour quelques participantes le fait « d'avoir peur à l'approche du client », pour d'autres « l'arrivée pour la première fois à l'hôpital stressait », ou « qu'en stage leur cœur ne battait plus, tant qu'il y avait de stress », permettait de dire que, selon ces participantes, que le stress était un élément important durant les stages.

« [...] on a peur et l'approche aux patients, ici c'est très différent » (n#3/204)

« [...] on est arrivé à l'hôpital, stressé, on ne savait pas ce qui nous attendait là-bas »
(n#3/411)

« [...] j'étais tellement stressée mon cœur bat plus vite que 120 [...] » (n#3/433).

Afin d'obtenir un consensus, l'étudiante chercheuse a fait la codification et discuté de celle-ci avec la directrice de recherche qui avait séparément identifié des thèmes pour une partie des données (Sylvain, 2008). Les thèmes ont été inscrits de façon continue (thématisation en continu) en marge du document (Paillé et al., 2012). Pour la gestion des données, l'étudiante chercheuse a préféré le support papier, qui reste un matériel de choix en présentant une flexibilité et l'avantage du contact physique avec le corpus de données (Paillé et al., 2012). Il est à remarquer que la « sensibilité théorique et expérientielle » de l'étudiante chercheuse a probablement donné une certaine orientation dans le choix des thèmes (Paillé et al., 2012, p. 240). Par la suite, les thèmes ont été mis en relation et regroupés selon leur récurrence. Par exemple, le savoir-être, le concept du patient et le rôle infirmier ont été regroupés sous ouverture aux nouveaux savoirs, car c'est dans le contexte des nouveaux savoirs que les participantes ont abordé ces points. De cette thématisation, un schéma thématique (arbre thématique) a été créé pour permettre une visualisation d'ensemble des idées émises par les participantes. Tout au long de l'analyse, la triangulation des données provenant des différentes méthodes de collectes, ainsi que les discussions avec la directrice de recherche ont servi à valider les données.

3.10. Critères de rigueur de l'étude

Stake (1995, 2005, 2006, 2008) ne présente pas de façon spécifique un point de départ pour les critères de rigueur d'une étude de cas. Cependant, il y fait quelques recommandations en regard de la crédibilité, ainsi que la triangulation des données recueillies. Pour leur part, Paillé et Mucchielli (2012) ne présentent pas non plus de critères spécifiques de scientificité. C'est

donc dans un esprit constructiviste que l'étudiante chercheuse a choisi la proposition de Guba et Lincoln (1989, 2005) qui fait référence à quatre critères qui témoignent de la rigueur scientifique d'une étude qualitative. D'abord, la fiabilité rejoint la qualité des sources de données pour une représentation fidèle de la réalité des participants et du contexte (Guba et Lincoln, 1989). Afin d'assurer cette représentation fidèle, les participantes répondaient toutes aux critères d'inclusion et leurs propos ont été enregistrés tout en assurant la confidentialité, puis ont été transcrits pour une fidélité des données. Le contenu du journal de bord de l'étudiante chercheuse a été pris en considération pour formuler les conclusions, celui-ci relatant les questionnements théoriques, méthodologiques et personnels, ainsi que les prises de décision au fil de la recherche. Les enregistrements des observations de l'étudiante chercheuse post-entrevues ont été également des témoins du déroulement des *focus groups*.

Quant à la crédibilité, Guba et Lincoln, ainsi que Stake (1985), préconisent un engagement prolongé ou une période suffisante dans le milieu de l'étude. Le temps que l'étudiante chercheuse a déjà passé dans le milieu de recherche en tant qu'enseignante a facilité la compréhension du cas et a soutenu cette crédibilité. Le nombre de focus groupe à partir de deux cohortes d'étudiantes IDHQ ainsi que la triangulation des méthodes de collecte de données ont assuré une compréhension à partir de la perspective des participantes et ont assuré également la crédibilité des résultats (Guba et Lincoln, 1989 ; Stake, 1995). L'échange enregistré avec les assistants suite aux *focus groups*, ainsi que les échanges avec la directrice de recherche au cours de l'analyse ont également permis de renforcer la crédibilité.

De son côté, la confirmabilité fait référence à la relative neutralité des opinions du chercheur, ainsi qu'à la reconnaissance des biais possibles (Lincoln et Guba, 1985). Le journal de bord de l'étudiante chercheuse, l'analyse des données indépendantes par la directrice de recherche et le

retour possible aux enregistrements ont été les traces des procédures. Ces moyens soutenaient que les résultats de l'analyse des données sont bien issus des données recueillies, telles qu'exprimées par les participantes et qu'ils ne provenaient pas des opinions ou croyances de l'étudiante chercheuse.

Finalement la transférabilité, l'étude de cas étant une méthode qualitative, la visée n'était pas la généralisation, mais la possibilité de permettre à d'autres chercheurs d'identifier des éléments qui pourront être appliqués dans leur milieu. Stake (2005) précise que l'étude de cas ne permet pas de généraliser les résultats et que le cas doit être bien délimité, bien décrit dans son contexte pour avoir la possibilité de cibler ce qui pourrait être identique dans d'autres milieux. Guba et Lincoln (1989) sont en accord avec ce dernier point. Pour atteindre ce critère, l'étudiante chercheuse a décrit avec détails le cas choisi pour d'éventuels lecteurs, qui pourraient ainsi identifier des similarités entre le contexte de l'étude et celle de leur milieu, et ainsi transférer les résultats de cette recherche.

3.11. Considérations éthiques de la recherche

Le projet a été soumis à l'approbation éthique des instances désignées du collège d'enseignement où s'est déroulé le projet de recherche, ainsi que celles de l'Université de Montréal à laquelle l'étudiante chercheuse est affiliée. L'étudiante chercheuse a pris en considération l'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Groupe Consultatif interagences en Éthique de la Recherche [GER], 2014). L'étudiante-chercheuse connaît le milieu de recrutement ainsi que les particularités de la clientèle des IDHQ, car elle a enseigné à des cohortes antérieures dans le collège où s'est déroulée la recherche. Sur le plan scientifique, ceci rejoignait l'avis de Stake (1995) qui recommande une connaissance préalable, même expérientielle du projet d'étude. Cependant,

sur le plan éthique, l'étudiante chercheuse s'est assurée de ne pas enseigner aux deux dernières cohortes et a été absente du collège. Cette précaution visait à éviter d'une part, un éventuel rapport de pouvoir enseignant-étudiant (Hemmings, 2006) qui aurait été préjudiciable aux résultats de la recherche et d'autre part, une implication potentielle dans le processus scolaire des étudiants, ce qui leur aurait été préjudiciable. Les participantes n'encouraient aucun effet néfaste ou risque. À titre préventif, le numéro de téléphone du bureau de soutien psychologique du collège a été mis à la disposition des participantes, car le fait de partager des expériences, parfois de grande intensité (Mezirow, 1997), aurait pu être difficile pour certains participants. D'autres ressources ont été également mises à la disposition des participants à la demande du comité d'éthique du collège. La liste de ces ressources se trouve à l'Annexe H.

Avant la signature du formulaire d'information et de consentement, nous avons répondu le plus précisément possible à toutes les questions des participantes. La signature a été sollicitée au moins 48 h après la présentation du projet. Une fois accepté et signé, le formulaire a été envoyé par courrier électronique ou a été remis en personne à l'étudiante chercheuse au moment de l'entrevue. Le formulaire présenté à l'Annexe H informait les participantes potentielles pour qu'elles puissent accepter ou refuser de façon éclairée : 1) le but de l'étude ; 2) le rôle des participants ; 3) tout inconfort possible (psychologique ou moral) ; 4) la participation volontaire ; 5) la possibilité de ne pas répondre à certaines questions ; 6) la possibilité de retrait de l'étude à tout moment sans divulgation de la raison et sans préjudice ; 7) la confidentialité durant les entrevues et celle des données recueillies ; 8) l'utilisation des données ainsi que leur conservation et leur destruction possible ; 9) l'enregistrement des propos durant les entrevues ; 10) le signalement aux participants qu'aucun n'échange n'affectera leur parcours scolaire et 11) la participation à la recherche n'a engendré aucun

avantage ou désavantage en termes d'évaluation des stages. Les noms des participants n'ont et ne seront pas divulgués dans aucune publication et les données n'ont et ne seront pas communiqués au collège d'enseignement dans un but de confidentialité. La liste des participantes incluant leurs coordonnées a été dressée et gardée en sécurité pour préserver la confidentialité. Seule l'étudiante chercheuse a accédé aux renseignements : nom et moyen de contact (des noms fictifs ont été attribués dans les verbatims). Par contre, les résultats globaux qui n'identifient en aucun cas les participantes pourront être diffusés sous forme d'articles ou de communications orales, et pourront être présentés au collège d'enseignement ainsi qu'aux participants, suivant la demande. Enfin, il est bon de signaler qu'une sauvegarde additionnelle des documents de recherche a été faite et est conservée sous clé au bureau de la directrice de recherche. Une période de sept ans constitue le temps de conservation des données. Les assistants durant les *focus groups* ont signé un accord de confidentialité avant de débiter le travail (Annexe I).

Chapitre 4 – Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche qualitative ayant pour but de répondre à la question de recherche : « comment des IDHQ intègrent-elles les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs pour l'atteinte du niveau de compétence : intervenir auprès d'adultes et des personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie ? » En premier, le portrait sociodémographique des 27 IDHQ ayant accepté de participer à un des *focus groups* y est décrit, puis les résultats de l'analyse des données obtenues durant les quatre focus groups y sont présentés. Les thèmes et sous thèmes y sont exposés et soutenus par des extraits de verbatim pour répondre à la question de recherche.

4.1. Portrait sociodémographique des participantes de l'étude

Ce sont 25 infirmières et 2 infirmiers diplômés hors Québec qui ont participé aux *focus groups*. Ces derniers ne sont pas distingués pour les autres données sociodémographiques afin de protéger la confidentialité, le féminin est utilisé pour parler de l'ensemble des 27 participantes. Comme il est possible de le constater dans le Tableau II, l'âge des participantes varie de 27 à 47 ans. La diversité des pays d'origine des IDHQ de la recherche y est mise en relief, 13 pays y sont répertoriés. La majorité de ces pays ont une seule représentante. Parmi les 27 participantes, 8 étaient originaires du continent africain et 7 étaient originaires d'Haïti. Leur expérience de travail a été acquise dans des milieux de soins très diversifiés : médecine, adultes et enfants (7), communautaire et humanitaire (6), chirurgie adultes et enfants (5), maternité obstétrique (5), soins intensifs et urgences (4), bloc opératoire (3), réadaptation (1), laboratoire (1). Il est à constater que, dans leur pays d'origine ou d'exercice, plusieurs d'entre elles cumulaient plus d'un milieu de travail en même temps. La durée d'expérience de travail

hors Québec en tant qu'infirmière varie de deux ans à plus de 20 ans. Les IDHQ ont vécu au Québec de six mois à quatre ans avant de débiter le programme d'intégration en soins infirmiers. Trois de ces 27 infirmières ont fait leurs études dans un pays autre que le pays d'origine. Il est possible de remarquer que les pays où ces études ont été suivies ne sont pas de langue française (italien, par exemple). Toutes ont dû apprendre une autre langue. Ainsi les parcours en soins et sciences infirmières des participantes sont très variés. Il est possible de retrouver un départ du Cameroun avec des études en Italie, puis une migration au Québec, ou un départ d'Haïti avec des études à Cuba, puis un retour au travail en Haïti et une migration au Québec. On retrouve également un départ d'Haïti pour des études au Mexique, avec un travail au Mexique, en Haïti et finalement une migration au Québec. Certaines d'entre elles ont eu une expérience en tant qu'infirmières dans un pays à l'étranger autre que leur pays d'origine (Tableau II). Enfin, deux IDHQ ont fait leur formation d'infirmière auxiliaire au Québec et cinq ont suivi la formation de préposé aux bénéficiaires (PAB). Ces formations ont été suivies, avant l'étude de leurs dossiers pour une pratique comme infirmière ou avant de trouver une place dans l'un des collèges ayant le programme d'intégration en soins infirmiers. Parmi les 27 participantes, 14 ont une expérience de travail au Québec, dont 8 dans le milieu de la santé. Quatre ont eu une expérience de préposés aux bénéficiaires (PAB) et quatre une expérience autre que PAB (secrétaire médicale, par exemple).

Il est difficile de comparer ce groupe à la population des infirmières au Québec. Par contre, nous notons que deux hommes ont participé aux *focus groups*, soit un pourcentage de 7,40 %, ce qui est un peu inférieur au pourcentage de 11 % d'infirmiers travaillant au Québec (ICIS, 2017).

Tableau II. Portrait sociodémographique des participantes

<i>Participants = 27</i>		
Femmes		25
Hommes		2
Âge		27 à 47 ans
Pays d'origine		13
	Algérie	2
	Brésil	1
	Burkina Faso	2
	Cameroun	2
	Chine	1
	Cuba	1
	Colombie	2
	Haïti	7
	Iran	2
	Liban	3
	Maroc	2
	Pérou	1
	Tunisie	1
Milieu de soins	Médecine adulte / enfant	7
pays d'origine	Communautaire / humanitaire	6
	Chirurgie adulte /enfant	5
Durée expérience de travail		2 ans à + 20ans
Nombre d'années (mois) au Québec avant le début de la formation d'appoint		6 mois à 4 ans
Études d'infirmière dans un pays autre que le pays d'origine et le Québec	Cuba	1
	Italie	1
	Mexique	1
Expérience infirmière autre que le pays d'origine		
	Qatar	1
	Belgique	1
	Mexique	1
	Italie	1
	Chili	1
Autres études au Québec		7
	PAB	5
	Infirmière auxiliaire	2
Expérience de travail au Québec		14
	Milieu de la santé :	8
	• PAB	4
	• Autres	4
	Autres milieux	6

4.2. Résultats de l'analyse des données

Suite à l'analyse, des discussions tenues durant les *focus groups*, plusieurs sous-thèmes, que nous avons regroupés en quatre thèmes ont émergé. Les thèmes sont : «l'ouverture aux nouveaux savoirs», «l'activation des savoirs antérieurs», «le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs» et enfin «la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration». Ces thèmes englobent les différents sous-thèmes et sont représentés à la page suivante dans la Figure 1, sous la forme d'un schéma thématique. Ce schéma représente l'arbre thématique de la recherche ; ce que Paillé et al. (2012) suggèrent de réaliser.

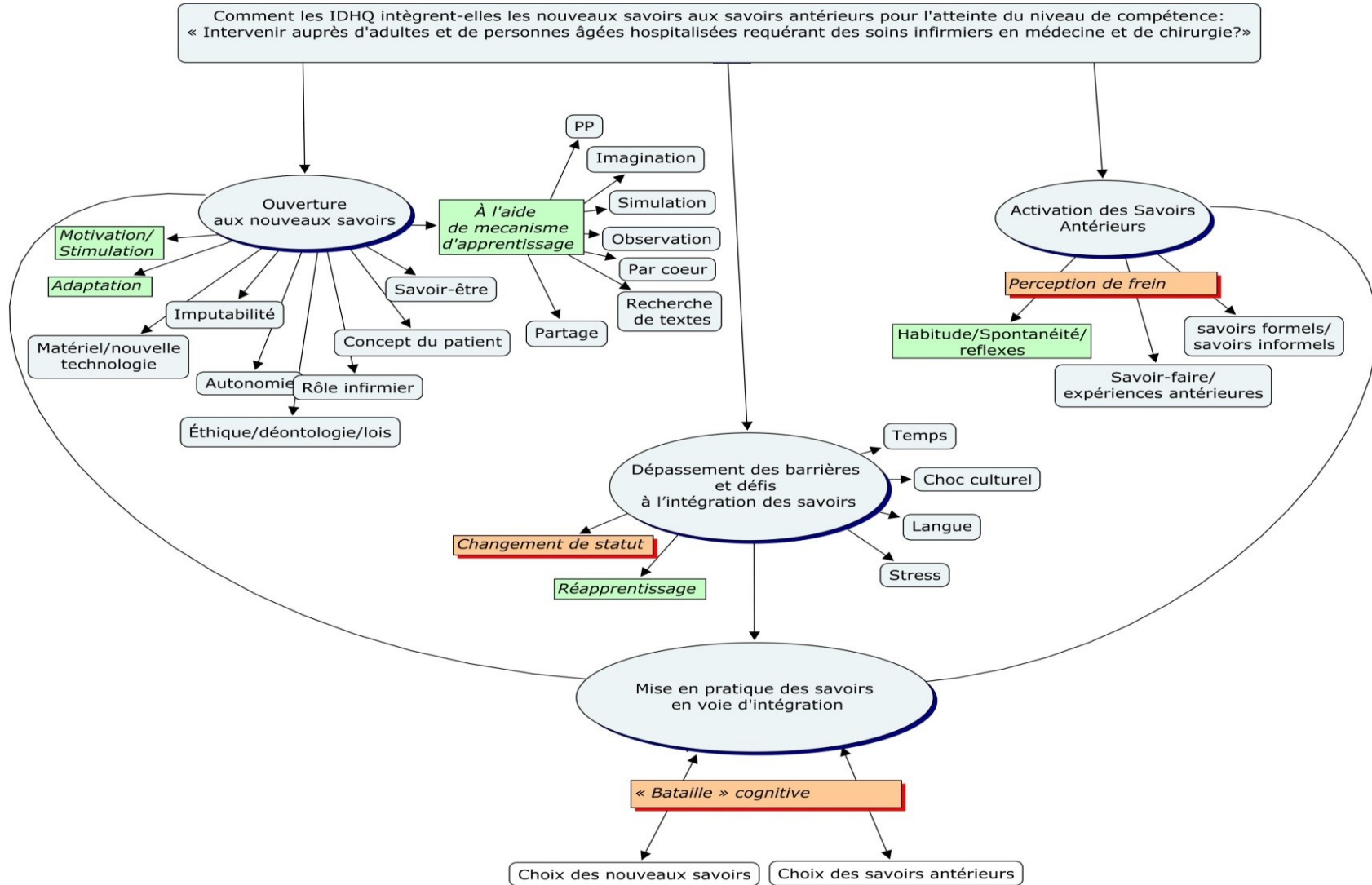


Figure 1. Représentation thématique du processus d'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs

4.2.1. Ouverture aux nouveaux savoirs

Le premier thème : « ouverture aux nouveaux savoirs » regroupe suite à l'analyse des données, les nouveaux savoirs pour lesquels les IDHQ ayant participé aux *focus groups* font preuve d'ouverture. Le savoir-être auprès des patients les interpelle particulièrement ; elles réfléchissent à la meilleure façon de prendre en charge un patient au Québec. Elles se questionnent également sur leur manière d'être dans les relations patients infirmières. Elles estiment être ouvertes à la découverte d'une nouvelle pratique ou approche qui est souvent différente de celles utilisées dans leur pays d'origine. Selon les participantes, cette approche permet de mettre en relief l'importance du savoir-être par rapport au savoir-faire.

« [...] et puis j'ai remarqué ici que le savoir-être a vraiment premium sur le savoir-faire » (n#1/75).

Les participantes sont également ouvertes à une nouvelle conception du patient. Elles considèrent que le patient au Québec comprend mieux les soins, est mieux informé et qu'il prend en main son processus de guérison et décide pour lui-même. Elles font remarquer que, dans une grande majorité de leur pays d'origine, les patients ignorent souvent leur diagnostic, tandis que la famille est la seule mise au courant.

« [...] ici, on respecte le choix du patient, même si c'est contre nos valeurs à nous [...], ici c'est le patient qui décide et ce n'est pas la famille [c'est] généralement, le patient. [Chez nous], il n'était pas au courant de son diagnostic, c'est la famille qui décide. Ici on laisse tout pour le patient [...] » (n# 1/117).

Ainsi selon les participantes, cette conception du patient entraîne également une ouverture à une nouvelle vision du rôle infirmier qui diffère alors de celui qu'elles avaient dans leur pays d'origine et qui permet de considérer le patient dans sa globalité.

« [...] moi, j'aime beaucoup le rôle de l'infirmière ici [...] vraiment l'infirmière prend en charge la totalité du patient » (n#2/83).

« [...] on doit vraiment se renseigner de A à Z sur les patients, sur sa famille. Alors que chez nous on ne faisait pas tout ça » (n# 2/444).

Les participantes se disent intéressées et ouvertes aux domaines de l'éthique, de la déontologie et des lois. Elles disent découvrir leurs devoirs et obligations. Mais surtout, elles découvrent avec intérêt l'attention et la protection accordées aux patients et aux infirmières par le système de santé québécois. Elles déclarent être particulièrement concernées par les lois visant à encadrer la société et les professionnels au Québec.

« [...] L'autre chose que je trouve qui est différente ici, c'est les lois. C'est sûr que pour travailler ici, je dois savoir les lois, chaque pays où tu travailles tu dois connaître la loi, et aussi moi, je trouve que si je travaille ici, je suis plus protégée par la loi. Parce qu'où je travaillais, je travaillais [de façon] autonome. [...], mais [je n'étais pas] protégée par la loi » (n#1/155).

L'étude de l'éthique et de la déontologie est pour elles une façon de découvrir la véritable pensée de la population du Québec. Elles se disent également ouvertes et rassurées par un ordre professionnel, ce qui n'existait pas dans leur pays d'origine, trouvant ainsi un cadre protecteur et rassurant pour leur pratique.

« [...] moi, je dirais les premiers cours que l'on a faits, l'éthique. Les cours [d'éthiques], c'est très, très important » (n#3/235).

« [...] le côté légal, ça c'est très, très important parce que l'on voit que l'on doit respecter certaines choses, on a ses limites et le patient est au centre de l'affaire, c'est très stimulant » (n#3/245).

Elles expriment aussi un intérêt et une ouverture à l'autonomie de l'infirmière au Québec. L'autonomie face aux médecins est particulièrement soulignée, car dans leur pays d'origine, et en empruntant leurs termes, elles faisaient « ce que les médecins leur disaient de faire », « suivaient leurs ordres » et étaient « supervisées » par eux. Cette autonomie dans la prise de

décisions les amène à réaliser le potentiel de la profession et les s'encourage à poursuivre leur formation avec confiance.

« [...] Comme elle a dit [...] justement avant c'étaient les infirmières qui suivaient majoritairement les ordres du médecin, des fois si on est assez intelligente et assez courageuse, on peut faire une discussion avec le médecin » (n#1/65).

« [...] en comparaison avec le travail que j'ai fait [...] on demande tout aux médecins, on respecte ce que le médecin dit, on ne prend pas d'initiative nous-mêmes, donc par rapport à ici, être autonome ici, ça veut dire, on travaille seule, on cherche plus l'information, savoir quoi faire et puis informer le médecin, puis prendre sa décision à la fin » (n#1/186).

« [...] Par exemple dans mon pays, l'évaluation des malades ne se faisait pas de cette façon, mais là j'ai vu que l'infirmière est vraiment autonome. Parce que dans mon pays quand je dis que je suis autonome, j'ai toujours quelqu'un [à qui] poser la question, mais là j'ai vu que l'infirmière peut vraiment travailler seule » (n#3/100).

Cette ouverture à l'autonomie de l'infirmière les mène également à reconnaître l'imputabilité des actes faits par l'infirmière au Québec.

« [...] parce que chez nous, [...] on n'appuyait pas sur l'imputabilité. Ça, c'est vraiment important » (n# 1/125).

Elles sont conscientes et ouvertes à la prise de leurs responsabilités, découvrant ainsi une nouvelle vision de la profession. Elles signalent que dans leur pays l'imputabilité des actes était souvent mal définie.

« [...] ce n'est pas ma faute c'est lui qui paie, après ça devient un cercle vicieux qui [te conduit] vers je ne sais pas quoi. Là c'est une autre approche, une autre vision du métier » (n#4/130).

Les données révèlent aussi l'accent mis sur leur ouverture au nouveau matériel et aux nouvelles technologies qu'elles rencontrent au Québec. Dans leur pays d'origine, elles ont souvent fait face à une pénurie de matériel et ont travaillé avec les moyens du bord. Elles sont

très fières d'avoir fait beaucoup avec peu. Elles découvrent avec curiosité, et parfois un peu de crainte, ce qu'elles avaient seulement vu en photo dans les livres et ont hâte de les utiliser. Certaines se disent conscientes de la différence de l'avancée technologique entre leurs pays d'origine et le Québec.

« [...] la pompe, moi, je ne l'ai pas fait du tout dans mon pays, je l'ai vue en livre, mais je ne l'ai jamais touchée, donc c'est pour la première fois que je l'ai vue, il y a aussi l'appareil accu - chek, c'est en stage que je l'ai vu » (n#3/97).

C'est donc toujours en comparaison avec la pratique infirmière de leur pays d'origine que les participantes ont échangé sur leur grande ouverture aux savoirs qui leur sont nouveaux. Pour intégrer la nouveauté, elles font preuve d'une grande motivation face à la découverte et elles se sentent stimulées pour aller plus loin dans la l'exploration des nouvelles connaissances.

« [...] je pense que pour moi les choses qui me stimulent le plus, c'est de connaître les choses nouvelles, les nouvelles technologies, savoir comment on fait certaines procédures ici, par rapport à ce que l'on faisait dans mon pays » (n# 4/55).

« [...] pour moi, ce qui me stimule le plus, c'est les choses que je n'ai jamais faites » (n# 1/41)

Elles font également des efforts d'adaptation aux méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées durant le programme, par exemple : les simulations, les recherches de textes et le partage.

Parfois leur premier réflexe est de refuser l'information, puis en l'examinant plus profondément, elles décident de s'ouvrir et de l'accueillir, car en général, elles se sentent motivées et stimulées par tout ce qui est nouveau. Par contre, l'ouverture aux nouveaux savoir-faire est un peu plus laborieuse pour certaines, en raison de leurs expériences passées en milieux de pratique parfois s'échelonnant sur plusieurs années ; ces expériences occupent une grande place et surgissent par moment durant leur formation. Elles doutent parfois du bien-

fondé des nouveautés, elles comparent, se questionnent. Durant ces moments, il peut y avoir également une activation des savoirs antérieurs.

« [...] je reviens sur mes connaissances anciennes et en même temps j'ajoute des connaissances nouvelles, c'est très enrichissant » (n#3/210).

« [...] tu sais que tu aimerais que ça fonctionne comme ça, parce que c'est comme ça que tu apprends facilement, mais ça ne marche pas comme ça, le programme, c'est ça, donc c'est à toi de t'adapter » (n#3/896).

L'ouverture aux nouveaux savoirs se fait également à l'aide de différents mécanismes d'apprentissage retrouvés dans les propos des participantes. Elles mentionnent les pratiques personnelles (PP) qui leur permettent de s'entraîner à l'exécution des différentes techniques de soins (pansements, injections et autres). Elles ont parfois déjà pratiqué ces techniques dans leur pays d'origine, mais découvrent des détails différents au Québec. Ceci engendre des confusions qu'elles doivent éclaircir. Durant ces PP, elles disent créer des situations pour faire *« comme à l'hôpital »* ou utiliser des simulations.

« [...] et surtout en PP nous avons vu beaucoup de simulations avec l'examen physique, que nous autres nous ne faisons pas [...] » (n# 3/104).

Elles utilisent également l'imagination pour se représenter des situations semblables à celles qui pourraient arriver en stage. Cependant elles déplorent devoir trop utiliser cette imagination et finir par oublier des étapes importantes dans les processus de soins en milieu réel (par exemple : lavage des mains, intimité du patient). L'observation des collègues, des enseignants et des infirmières en unité de soins leur procurent des points de référence précieux. Cependant, elles se posent les questions suivantes : *« est-il judicieux de prendre comme référence tout ce que l'on voit en unité de soins ? Les mises à jour sont-elles faites ? »* Elles attirent également

l'attention sur le fait qu'observer est bien, mais que pratiquer est mieux pour ainsi reconnaître ses erreurs et avancer dans l'apprentissage.

« [...] on imagine trop de choses. Si je dois faire une technique par exemple : je dois pratiquer une méthode d'asepsie, me laver les mains. Je dis : "je me lave les mains", ça c'est quelque chose que l'on imagine. Si je dois faire [l'asepsie] de la zone, on imagine, si je dois laver on imagine, arrivé on [ne l'a] jamais fait » (n# 3/354).

Elles disent utiliser également le « par cœur » ou la mémorisation pour apprendre ; certaines ayant toujours utilisé cette méthode. Elles l'utilisent pour l'apprentissage de notions théoriques, dans des cours tels que ceux touchant la physiopathologie, mais aussi pour ceux des techniques de soins. Elles précisent que, pour être certaines de ne pas faire d'erreurs, elles apprennent point par point les différentes techniques à l'aide du cahier de laboratoire.

« [...] je fais par cœur vraiment, je dis que c'est la règle, je vais le faire. Par cœur, par cœur vraiment » (n# 4/352).

Comme autre mécanisme d'apprentissage, elles utilisent la recherche de textes, démontrant ainsi une grande soif de savoir. Elles utilisent ces « recherches » afin de vérifier et compléter leurs connaissances, qu'elles soient antérieures ou nouvelles.

« [...] c'est un milieu assez vif, ça me pousse moi particulièrement. Tous les soirs, je suis en train de faire des recherches à la fin de ma journée. C'est vraiment quelque chose ! [...] » (n# 2/35).

Enfin elles utilisent également le partage des idées, des points de vue et des expériences vécues avec les collègues des autres cohortes. Elles créent ainsi des liens de soutien entre elles durant le programme d'intégration, et vont chercher des témoignages et des informations. Cependant, le partage de certaines informations négatives comme les échecs de certaines de leurs collègues apporte un regain d'inquiétudes.

« [...] j'ai parlé avec plusieurs collègues qui ont fait le même chemin » (n# 4/397).

En résumé, pour intégrer les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs, les IDHQ de l'étude font preuve d'ouverture aux nouveaux savoirs, particulièrement à ceux du programme qui touchent la profession infirmière au Québec. Découvrir le savoir-être dans leur nouveau contexte pratique, pour lequel elles n'ont pas encore de points de repère, les stimule beaucoup. Pour ce faire, elles utilisent différents mécanismes d'apprentissage, certains peuvent être nouveaux et d'autres non. Elles s'efforcent également de s'adapter au rythme, aux méthodes d'enseignement, aux nouvelles matières du programme d'intégration et de s'approprier l'image de l'infirmière québécoise qu'elles sont en train de se forger.

4.2.2. Activation des savoirs antérieurs.

En déclenchant l'activation des savoirs antérieurs, les IDHQ rencontrées tentent d'intégrer les nouveaux savoirs à leurs savoirs antérieurs. Les participantes mettent en relief l'importance de ces savoirs antérieurs, en particulier les savoirs formels et des savoirs informels. Les savoirs antérieurs formels sont sous la forme de savoirs provenant de la théorie, des cours, des livres utilisés durant leur formation générale antérieure dans leur pays d'origine. Elles affirment qu'ils sont leurs bases, qu'ils les rassurent et les confortent dans leurs capacités intellectuelles et pratiques. Un grand nombre d'entre elles affirment que la théorie est la même dans tous les pays.

« [...] parfois, il y a des enseignants qui posent des questions et l'on a déjà les anciennes connaissances, ce n'est peut-être pas la même technique. Mais les réponses de la théorie, ça se ressemble quand même dans tous les pays » (n# 2/285).

« [...] pour moi au niveau de la théorie. Ce que j'ai appris, ce sont les mêmes choses » (n# 2/374).

« [...] dans notre pays, on étudie dans les livres canadiens et français » (n# 3/305).

Quant aux savoirs informels, ce sont surtout des savoir-faire, des savoirs techniques ancrés qui proviennent de sources indéfinies, de traditions, et de savoirs transportés au fil des ans. Elles ne savent plus très bien leur source, ni comment ils se sont construits, mais elles y accordent une grande place et une grande confiance puisqu'elles sont certaines de leur efficacité. Elles ont recours à eux lors de cas « désespérés » où lorsqu'elles veulent démontrer leur habilité et partager l'efficacité acquise tout au long de leurs expériences antérieures.

« [...] chez nous, on savait faire des techniques, on sait que ce n'est pas scientifique, on ne sait pas où on a lu ça [...] » (n# 1/185).

Néanmoins, certaines participantes font remarquer que parfois l'activation des savoirs antérieurs est très réduite ou même inexistante. C'est le cas lorsqu'il s'agit de maladies qui ne sont pas présentes ou traitées dans leur pays d'origine. Certaines techniques, certains matériels sont entièrement nouveaux, donc elles ne peuvent pas se référer à leurs anciennes connaissances.

« [...] il n'y a même pas à aller chercher des anciennes connaissances. Parce qu'il n'y en a même pas chez nous. Non, il n'y a pas à aller chercher, par ce que tu vas aller chercher quoi ? Parce que tu n'en as pas » (n# 3/734).

Ce qui ouvre la porte au prochain sous-thème en lien avec l'activation des savoirs antérieurs : le savoir-faire et les expériences antérieures. Les participantes ont fait remarquer que leur savoir-faire et leurs expériences antérieures proviennent de milieux de la santé très différents et parfois très spécialisés. Les savoir-faire et expériences peuvent avoir été développés pendant de longues années auprès de femmes enceintes ou accouchées et de bébés, ou même auprès de patients inconscients en réanimation. Les IDHQ de l'étude font remarquer que certaines d'entre elles n'ont jamais côtoyé une clientèle masculine ou une clientèle d'adultes en médecine chirurgie, ou même de patients plus âgés. Ainsi, malgré toute l'expérience

acquise, elles se retrouvent dans des situations entièrement nouvelles et mentionnent qu'elles n'ont pas de points de repère lorsqu'elles sont en stage.

« [...] Parce que, les choses que je sais, on ne peut pas les appliquer chez un patient qui n'est pas comme eux » (n#3/617).

« [...] on a des formations différentes, donc la base. Là ce n'est pas la même chose, moi, particulièrement je suis sage-femme de formation, moi ce que je connaissais avant c'est juste des vagins, des bébés [ici] c'est plus difficile pour moi » (n#3/585).

Les données révèlent que, lors de situations particulières, les savoirs antérieurs sont activés par le déclenchement de différents moyens comme : les habitudes, les réflexes et les actes de spontanéité. Les IDHQ sont des adultes en apprentissage qui ont construit des habitudes durant leurs années d'expérience professionnelle. Selon elles ces habitudes, ces réflexes et ces actes spontanés sont déclenchés lors de situations particulières ; évoquant ressentir des réflexes durant ces périodes.

« [...] c'est parce que l'on est habitué à ça, l'habitude. C'est une question d'habitude » (n#1/308).

« [...] mais pratiquement, directement, notre corps s'en va vers l'autre technique [...] » (n#1/309).

« [...] je pense que des fois c'est une question de réflexes aussi, donc on arrive dans la situation, on avait l'habitude de faire telle ou telle chose » (n#2/197).

Les participantes ont soulevé le fait que parfois elles aient tendance à freiner l'activation de ces savoirs antérieurs ou même à les repousser, car les exigences liées à la réussite sont surtout basées sur les techniques québécoises répertoriées dans les cahiers de laboratoire.

« [...] si je suis dans une situation, où mes connaissances antérieures prennent le dessus, comme [elle] a dit il y a, toujours, une phrase qui revient : "maintenant je suis au Québec", je me réfère directement à ma monitrice de stage pour ma nouvelle technique, si jamais je l'ai oubliée. La phrase revient toujours : je suis au Québec » (n# 1/549).

D'après les IDHQ, certains enseignants encourageraient ou même pousseraient à mettre de côté les savoirs antérieurs.

« [...] je suis au Québec [...] on nous le rappelle aussi. Mais on a parfois le désir de faire des comparaisons, mais on nous rappelle que nous sommes au Québec [...]. Oui, ça se passait comme ça chez vous, mais vous n'êtes plus chez vous. Vous êtes ici, donc vous le faites comme ici » (n#2/258).

En résumé, pour intégrer les nouveaux savoirs les IDHQ participantes activent leurs savoirs antérieurs. En particulier, elles activent les savoirs formels et les savoirs informels, le savoir-faire ainsi que leurs expériences antérieures. Cette activation se fait par habitude, spontanéité ou réflexe. Cette activation est régulièrement freinée par les participantes ou, selon ce qu'elles rapportent, par leurs enseignantes.

4.2.3. Le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs

Pour intégrer les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs, les IDHQ rencontrées témoignent de l'existence de plusieurs barrières et défis qu'elles doivent dépasser. La première barrière est le temps. Elles sont dans une formation de courte durée où tout va trop vite. Elles disent manquer de temps pour apprendre, ainsi que pour s'adapter aux nouvelles situations qu'elles rencontrent de temps en temps pour la première fois en stage.

« [...] l'Accu-Chek on a fait ça, vite, vite et en stage pour commencer » (n#3/128).

« [...] lorsque l'on a fait des choses assez longtemps, c'est ce qui reste, ce qui est mémorisé [...], c'est pour ça qu'on doit prendre du temps pour s'adapter à la situation » (n#2/227).

Elles déplorent que le manque de temps les pousse à devoir performer dans une période trop courte, sans qu'elles aient pu pratiquer suffisamment et sans avoir pu acquérir un certain confort dans les gestes techniques. Ce manque de temps est aussi évoqué pour développer une

aisance satisfaisante dans l'approche au patient et surtout dans l'autonomie infirmière ; ceci pour l'atteinte du niveau de compétence souhaité. Elles déplorent également un manque de temps pour revoir, compléter ou faire connaissance avec de nouvelles sources théoriques dans le contexte d'un programme, qu'elles décrivent comme trop centré sur le milieu hospitalier.

« [...] je pense que la formation est axée sur le milieu hospitalier, parce que l'on n'a pas beaucoup de temps, je pense qu'ils essaient de former les infirmières pour sortir rapidement [pour] les milieux les plus demandés, les milieux hospitaliers » (n#3/240).

Pour parer au manque de temps, les IDHQ se disent prêtes à augmenter leur temps d'études pour pouvoir être mieux préparées aux examens du programme d'intégration, à l'examen de l'ordre, ainsi qu'à la mise en pratique de leurs savoirs en voie d'intégration.

[...] c'est trop condensé, c'est vrai sept mois [...] Mais je suis sûr que si cela s'étalait un peu plus, peut-être neuf mois, je suis sûr que les connaissances seraient peut-être multipliées par deux. [...] mais je suis prête à les perdre [les mois] pour apprendre encore plus » (n#4/582).

Comme deuxième barrière, le choc culturel est un élément récurrent dans les propos recueillis. Les participantes n'ont pas vraiment défini ce qu'elles entendaient par choc culturel, mais elles abordent la perte de repères et le fait d'être interpellée comme une personne venant d'une autre culture. Pour certaines, il y a une grande différence de culture entre leur pays d'origine et le Québec et elles constatent ainsi que leurs valeurs et convictions peuvent être mises à l'épreuve. Elles ressentent un choc culturel qui les mène à se questionner et à être réticentes à adopter certaines approches envers les patients durant les stages. Elles estiment que leurs comportements de réticence peuvent peser négativement dans l'évaluation de leur stage.

« [...] j'avais une certaine appréhension d'aller poser ce genre de questions. Parce que chez nous ça ne se fait pas ! [...] » (n#4/133).

« [...] moi, je pensais à la question du champ culturel, chez nous je n'avais pas l'habitude que le patient me demande : vous êtes d'où vous ? » (n#4/92).

« [...] je ne sais pas, est-ce que je ne l'avais pas fait [l'approche du client] parce que je ne savais pas qu'il fallait le faire, dans mon évaluation formative ou bien je ne l'ai pas fait par rapport à mon vécu » (n#4/162).

Les participantes se questionnent également sur l'impact des différentes cultures en regard du programme d'enseignement.

« [...] comme tous nous venons d'endroits différents c'est plus difficile d'enseigner aussi à 15, 20 ou 30 personnes qui viennent de vraiment des endroits différents » (n#3/634).

« [...] parce que tu peux faire un programme pour mettre à jour 30 infirmières qui viennent de différents pays. C'est vraiment difficile. C'est pour ça que l'on trouve que la formation oui, c'est correct, mais je voudrais un peu plus » (n#3/640).

En troisième lieu, la langue est citée comme une barrière de taille par certaines participantes.

Les IDHQ qualifient cette barrière de cauchemar, d'obstacle que tout allophone rencontre.

Cette barrière les empêche d'exposer pleinement leurs idées et leurs opinions ; elle rend les discussions simplistes, faute de mots. Cependant, quelques participantes ont mentionné avoir suivi des cours de français préprogramme ; qu'elles qualifient de très aidants dans le dépassement de la barrière de la langue. Les participantes constatent que ces cours permettent de faire une première approche du vocabulaire québécois et du vocabulaire utilisé en soins infirmiers. Elles entendront ce vocabulaire durant les cours et les stages et pourront faire des liens entre la théorie et la pratique de la langue française. Selon elles, l'accent québécois ajoute une difficulté à la pratique du français, qui pour certaines est leur deuxième ou troisième langue.

« [...] Parfois, tu veux dire plusieurs choses, mais la langue, c'est un obstacle » (n#3/214).

« [...] La langue française, c'est mon cauchemar » (n#4/29).

Enfin, la dernière barrière mentionnée est le stress. Il est à mentionner que les participantes ont relié le stress à toutes les barrières évoquées précédemment. Pour une partie des étudiantes, le stress fait partie de leur quotidien et est une barrière qui les limite dans de nombreux domaines. Elles mentionnent le stress comme l'acteur principal des échecs et ceci, particulièrement en stage. Quelques participantes font remarquer que, dans le programme d'intégration, certains éléments ne sont pas abordés. Cependant, une partie de ces éléments est tout de même évaluée durant les stages et peut ainsi causer des échecs. Selon ces participantes, cette problématique apporterait un stress supplémentaire et devrait être explorée.

« [...] on peut ne pas savoir comment remonter le lit, et on n'a pas ça non plus dans notre programme de formation. Remonter et descendre un lit, alors est-ce qu'on peut échouer quelqu'un pour ça ? C'est quelque chose que l'on doit explorer » (n#3/971).

Le fait d'être observées et évaluées que ce soit par les patients ou les enseignantes amène pour certaines un stress qui peut être paralysant. Pour les participantes, le stress d'évaluation se traduit par des signes physiques qu'elles qualifient de « tête vide », « blanc de mémoire », « blocage dans les gestes ».

« [...] le stress toujours, le stress, stress, on n'apprend pas » (n#4/445).

« [...] c'est facile à faire, je l'ai fait pendant toute ma carrière, et j'arrive là, j'étais figée, je commence à regarder, regarder l'appareil, je parle de l'appareil, par où je dois commencer ? C'est comme s'il y avait un grand vide dans ma tête, comme si j'avais perdu tout, je crois que c'est à cause du stress, qu'il y avait une personne derrière qui me regardait, qui me supervisait » (n#4/297).

Elles estiment cependant qu'une attitude amicale et compréhensive de la part des enseignantes et des patients leur permet de surmonter en partie ce stress. Quelques-unes rapportent éprouver une grande tristesse à décevoir leurs enseignantes, lorsqu'elles ne satisfont pas aux critères de réussite.

« [...] je n'aime pas la décevoir, j'ai ce sentiment-là, je suis triste si je la déçois » (n#4/432).

Pour dépasser ces barrières et défis, plusieurs doivent accepter d'effectuer un changement de statut, passant du stade de mentor dans leur pays au stade de mentoré au Québec, du stade d'expert dans un domaine dans leur pays au stade de débutant dans un autre domaine au Québec ou du stade d'évaluateur au stade d'évalué.

« [...] maintenant, on travaille sous la surveillance de quelqu'un d'autre, et c'est un énorme stress » (n#4/347).

« [...] j'ai simplement le regard du mentor, le dossier du patient, pour les résultats de laboratoire et les procédures de l'opération et prendre les décisions. Seulement j'étais assistant-infirmier chef, là-bas. Tout le monde me posait des questions : qu'est-ce qu'on doit faire pour ça ? » (n#4/194).

« [...] moi, j'étais comme le référent pour faire ça, parce qu'ils savaient que j'étais précise » (n#4/271).

Plusieurs participantes expriment à quel point les gens avaient confiance en leurs capacités d'infirmières dans leur pays, pour effectuer diverses procédures qui comportent des risques pour la vie des personnes (ponction lombaire, intubation et autres). Cependant, elles se trouvent prises au dépourvu au Québec, même pour des procédures simples, par manque de connaissance de l'environnement de soins.

« [...] chez nous les infirmières, elles vont faire une ponction lombaire, elles vont faire une ponction d'ascite » (n#3/347).

« [...] dans notre pays, nous sommes vraiment développés dans les manières de procédures. [Les] infirmiers à côté des médecins, ils ont fait beaucoup de choses. Pour moi-même je fais l'intrusion (montre l'intubation avec ses mains), je travaille avec le ventilateur [je mettais] des cathéters intra-aortiques, tout ça je [le faisais] moi-même. Même placer [un] pacemaker dans le corps aussi [...] » (n#4/189).

« [...] les signes vitaux, tout le monde sait, que [se sont] des choses que nous faisons tous les jours, mais maintenant comme je ne suis jamais rentrée dans la salle, je ne sais même pas où se trouvent les appareils [...] excusez-moi, c'est ma première fois, je vous demande où se trouve le tensiomètre » (n#3/557).

« [...] je me suis excusée, je lui ai dit c'est ma première fois, je suis stagiaire » (n#3/575).

La prise de conscience de ce changement de statut peut-être parfois brusque pour certaines participantes rencontrées, particulièrement lorsque leurs propres qualités techniques sont remises en question. Ces qualités, qu'elles ont mis des années à construire, étaient un peu « leur marque de commerce ». Elles ne se reconnaissent plus dans la projection de leur image d'infirmière. Ces changements de statut sont parfois douloureux et difficiles, les limitant dans leur ouverture aux nouveaux savoirs.

« [...] les connaissances par rapport aux techniques, c'est l'insertion [d'un] cathéter court périphérique. Bien sûr avec 10 ans d'expérience au service d'urgence, j'avais beaucoup d'expérience, mais ça m'est arrivé la semaine dernière, je n'ai pas réussi. Pour moi ça a été la catastrophe, ça m'a frappé l'ego. Parce que c'est sûr, même à l'hôpital, les infirmières me cherchaient pour faire ça avec les patients les plus difficiles [...] parce qu'ils savaient que j'étais précise. Mais la semaine passée, quand je n'ai pas réussi, oh non, ce n'est pas moi [...] ça m'a frappé beaucoup l'égo [...] mais c'est [lorsque l'on] fait vraiment les choses qu'on se rend compte [...] » (n#4/276).

Les participantes constatent qu'elles doivent réapprendre pour pouvoir mettre en pratique les savoirs en voie d'intégration. En raison de leur expérience dans des unités spécialisées pendant plusieurs années, les participantes doivent réapprendre certaines bases oubliées. Des éléments

théoriques sont devenus lointains, ainsi que certains gestes techniques qui ont été peu ou pas pratiqués pendant des années. Afin d'atteindre le niveau de compétence souhaité, elles doivent réapprendre des savoirs et des techniques avec des gestes différents. Pour certaines ce n'est qu'une mise à jour, mais pour d'autres c'est un véritable défi.

« [...] il y a des choses auxquelles je fais des mises à jour parce que ça fait des ans, 10 ans que je n'ai pas étudié » (n#1/218).

« [...] une fois, on avait fait un pansement en laboratoire, je ne maîtrisais pas encore la technique, la technique établie dans notre cahier de laboratoire, à chaque fois que je faisais mon pansement, il y avait toujours mon ancienne technique qui prenait le dessus [...] » (n#1/250).

« [...] je pense que tous on a des choses déjà apprises. C'est difficile un peu [d'apprendre pour] ton cerveau et réapprendre des nouvelles techniques, parce que c'est la mauvaise, ou c'est la bonne, c'est seulement différent » (n#3/130).

Les barrières et défis mis en lumière par les participantes ont tous une intensité différente pour chacune. Suivant leur origine, leur parcours, certains éléments sont plus difficiles à dépasser que d'autres. En dépassant les barrières et défis les participantes se positionnent pour la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration. En résumé pour intégrer les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs, les participantes doivent dépasser les barrières et défis à l'intégration des savoirs. Elles doivent réapprendre certaines bases oubliées, ainsi que des techniques avec des gestes différents.

4.2.4. La mise en pratique des savoirs en voie d'intégration.

Les éléments de tous les thèmes décrits se conjuguent dans la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration. Cette mise en pratique est un processus complexe qui interpelle de choisir les anciens savoirs ou les nouveaux savoirs. Cette mise en pratique se fait durant les PP et à l'occasion des examens pré-stage, mais surtout durant les stages. C'est dans cette mise en

pratique que les IDHQ de l'étude témoignent de l'existence d'une « bataille » cognitive incessante, entre le choix des savoirs antérieurs et des nouveaux savoirs. Une « bataille » cognitive qui est particulièrement soulignée par la cohorte B qui termine son premier stage. Durant l'évocation de cette « bataille » cognitive, les participantes démontrent une grande émotion, soit par leur non verbal (martèlement de la table) ou par l'élévation du ton de leur voix. Durant cette phase, un grand nombre des participantes ont évoqué une phrase qui leur permet de se rappeler à l'ordre si la bataille est trop intense : « ici tu es au Québec, maintenant tu es au Québec, donc tu fais comme au Québec ». De plus, elles affirment que ce leitmotiv leur est éventuellement signifié par quelques enseignants.

« [...] mais moi pour ne pas avoir de problèmes, on est en Italie et là il faut marcher comme des Romains, quand je vais faire quelque chose, je me dis ha, je suis au Québec » (n#1/407).

Elles indiquent que, la première fois où elles doivent choisir, cela est un choc, car c'est une remise en question de toutes leurs connaissances de la profession d'infirmière. Des questions apparaissent, elles se demandent pourquoi ce qui était bon avant dans leur pays d'origine ne l'est plus au Québec. Quelques participantes font remarquer que vu de l'extérieur, on pourrait croire à une léthargie ou une inaction de leur part. Cependant intérieurement, elles se battent énergiquement dans le choix de ces savoirs. Durant cette « bataille » cognitive, il leur arrive de lutter contre les savoirs antérieurs qui émergent, de les chasser. Elles ont parfois peur de les utiliser, craignant qu'ils ne les mènent à l'échec.

« [...] on essaie le plus possible de refouler nos expériences antérieures. Sinon ça risque de causer des dégâts, et ça ne va pas [être] très joli. Et justement vu que nous sommes en phase d'intégration, ici on essaie d'oublier nos expériences [...] » (n#2/208).

On remarque que cette « bataille » cognitive est surtout présente pour la cohorte B, lorsqu'il s'agit de savoirs techniques. Elles se demandent parfois quelles techniques choisir, mais elles font remarquer qu'elles ne le sauront peut-être que le jour où elles travailleront toutes seules. Durant les examens, le dilemme peut les mener parfois jusqu'à ne pas pouvoir choisir et donner des réponses de façon aléatoire, « comme à la loterie ». En raison de la spécificité des expériences antérieures, la bataille est identifiée comme inégale par certaines participantes. Plus il y a d'expériences antérieures, plus le combat est grand et douloureux.

« [...] des fois notre professeur va comprendre que l'on est dans la lune, ou quoi que ce soit, mais ce n'est pas ça, je suis en train de me battre avec tout ce que j'ai eu avant, tout ce que j'ai su avant, et ce que j'ai appris en peu de temps, rapidement je dois assimiler et je dois faire ça » (n#3/603).

« [...] mais laquelle je vais choisir finalement ? Peut-être que je vais le savoir le jour où je vais travailler toute seule, mais pas maintenant » (n#3/196).

Durant cette « bataille » cognitive, elles disent faire preuve de réalisme, en ayant toujours le désir de ne pas faire d'erreur. Elles veulent « obéir aux règles » et cherchent l'approbation de leurs enseignantes, surtout en période d'examens.

« [...] OK, c'est pour l'examen, je vais faire comme le professeur m'a dit ». (n#4/352).

« [...] on est en train de passer l'examen de conduire. Encore une fois, il y a des choses que personne ne respecte. Quand tu passes l'examen de conduire, tu fais des choses que personne ne respecte, mais quand tu conduis si tu as quelqu'un à côté, toi, tu dois respecter [...] » (n#1/323).

Pour cette mise en pratique, les participantes expliquent que, suivant les circonstances, les choix seront différents. Pour devenir des savoirs en voie d'intégration, des allers et retours se font dans le choix de ces savoirs. Certaines précisent que selon elles, durant une situation qui demande une réponse ou une action immédiate, elles choisiront les savoirs antérieurs pour plus

de sécurité. Mais si la décision n'est pas une urgence, si elle n'entraîne pas une action immédiate, les nouveaux savoirs seront choisis.

« [...] si j'ai le temps, si ça va, il n'y a pas d'urgence ou quoi que ce soit, je vais pratiquer, je suis sûre, avec la technique que j'ai apprise ici, mais dans le cas où c'est urgent, où il faut vraiment agir, je suis sûre aussi, que c'est mes connaissances antérieures qui vont venir » (n#4/367).

Pour résumer ce thème, tous les éléments se conjuguent pour arriver à la phase d'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. Durant cette phase, les participantes font le choix de leurs savoirs antérieurs ou de leurs nouveaux savoirs, pour faire ce choix, elles entreprennent une « bataille » cognitive décisionnelle douloureuse pour certaines. Cette mise en pratique des savoirs en voie d'intégration se fait particulièrement dans un contexte d'évaluation, ce qui selon elles les mènent souvent à choisir le plus facile pour l'atteinte de l'objectif, soit : la réussite.

Nous pouvons ajouter qu'un certain nombre de participantes s'interrogeaient sur le bien-fondé de leur participation au programme d'intégration en soins infirmiers. À la suite des *focus groups*, certaines de ces participantes disent cependant avoir compris la nécessité de la formation d'appoint grâce aux partages des idées et des réflexions personnelles émises sur leur apprentissage durant les entrevues.

« [...] avant de venir ici [à l'entrevue de groupe], je me disais une formation pour travailler, pourquoi ? Mais en arrivant, je vois que c'était très important » (n#3/847).

« [...] on a finalement compris que [le programme] c'était absolument nécessaire [...] oui vraiment » (n#3/849).

En résumé, l'analyse des données tirées des entretiens durant les quatre *focus groups* nous a permis d'explorer l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs chez des IDHQ durant un programme d'intégration professionnelle. En réponse à la question de recherche, il est possible de dire que les IDHQ de l'étude sont ouvertes aux nouveaux savoirs, qu'elles activent des savoirs antérieurs qu'elles ont construits durant leur expérience professionnelle précédente, qu'elles s'efforcent de dépasser des barrières et défis à l'intégration des savoirs pour une mise en pratique et des savoirs en voie d'intégration. Nous utilisons l'expression « savoirs en voie d'intégration », car les IDHQ rencontrées même après leur dernier stage étaient encore dans une phase d'incertitude et de choix. Elles ne savaient pas encore quand et pourquoi utiliser les nouveaux savoirs, car elles manquaient de pratique de leur profession dans leur nouveau pays. Elles ne savaient pas encore associer les divers savoirs pour prendre des décisions dans des circonstances particulières. Les IDHQ de l'étude avaient toutes un parcours différent, et un rythme d'apprentissage différent. Chaque IDHQ présente un cas unique d'intégration des apprentissages. En conclusion, il est possible de dire que ces savoirs en voie d'intégration continueront à se modifier, à se compléter tout au long de la formation professionnelle, ainsi que durant de nombreuses années comme infirmière au Québec.

Chapitre 5 – La discussion

Ce chapitre présente une discussion des principaux résultats de l'étude portant sur le portrait sociodémographique des participantes, les thèmes et sous-thèmes en réponse à la question de recherche sur l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. Les résultats sont discutés à la lumière du cadre de référence, la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1978, 1990, 1991, 2000); la pertinence de ce cadre est également discutée. La méthodologie de recherche au regard des résultats sera abordée. Suivront les forces et les limites de la recherche. Enfin, l'implication de l'étude et les recommandations pour la formation ; la pratique professionnelle et la recherche seront présentées.

5. 1. Portrait sociodémographique

Les participantes de l'étude sont issues de 13 pays différents et ne feront pourtant partie que de deux cohortes d'environ 52 étudiantes. Une telle diversité présente un défi de taille pour les programmes de formation. Comment enseigner à des étudiants aux profils si diversifiés en tentant de favoriser l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs issus de leur culture et leurs expériences? Cette grande diversité des provenances des participantes a permis de se rapprocher d'un possible portrait type d'une cohorte d'IDHQ dans un programme en intégration des soins infirmiers au collégial. Cette diversité a aussi permis d'entendre une grande variété d'opinions, d'expériences et d'émotions chez les IDHQ. Par cette diversité, nous avons pointé quelques différences entre les visions du rôle infirmier dans les pays d'origine et le Québec. Les participantes, de par la diversité de leurs origines, ont permis des échanges riches, emprunts de sincérité, nous permettant ainsi de soulever différentes visions de l'apprentissage dans un programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers.

La majorité des participantes sont originaires de pays où la langue française fait partie des langues officielles, provenant par exemple d'Haïti (français et créole). Ceci tend à rejoindre la constatation de Philibert (2015), évoquée dans son étude, disant qu'un grand nombre d'étudiantes d'Haïti font partie du programme d'intégration à la profession infirmière au Québec. Nous pourrions expliquer cette présence d'étudiantes francophones, particulièrement haïtiennes, mais aussi du Maghreb, en raison de la langue française du programme d'intégration au collégial. Dans une partie des pays du continent africain où des pays comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la langue française y est officielle ou co-officielle et donc parlée (Leclerc, 2017). Pour d'autres, la langue française est utilisée dans leur pays d'origine, mais les dialectes comme le créole ou d'autres langues comme l'arabe sont favorisés dans la vie courante. Ce qui pourrait expliquer une certaine distanciation avec la langue française et expliquer les barrières linguistiques évoquées par les participantes.

Nos résultats mettent en lumière que certaines participantes ont des parcours migratoires différents de ceux décrits dans les quelques études québécoises existantes (Philibert, 2015 ; Primeau, 2014). Le passage dans un pays intermédiaire pour les études ou pour le travail avant la migration au Québec est une notion nouvelle. Un autre élément ressort, soit la présence d'une participante de la Chine dans les *focus groups*. Une observation informelle des responsables du programme d'intégration confirme la présence de plus en plus marquée d'IDHQ en provenance de la Chine parlant peu ou pas le français dans leur pays d'origine. Cependant, nous n'avons trouvé aucun rapport officiel corroborant cette information au Québec. Dans l'étude de Philibert (2015) aucune participante n'était d'origine asiatique. Par contre, les étudiants originaires de la Chine sont plus nombreux dans les études menées ailleurs au Canada ou dans les pays du Commonwealth (Brunero et al., 2008 ; Daniel et al.,

2001). Enfin, deux hommes sur 27 personnes se sont présentés aux *focus groups*, soit un pourcentage de 7,40 %, ce qui est inférieur au pourcentage de 11 % d'infirmiers québécois (ICIS, 2017). Néanmoins ce chiffre se rapproche du chiffre de 6,8 % d'infirmiers dans le reste du Canada (ICIS, 2017). Selon notre observation, durant ces cinq dernières années, ce pourcentage est assez représentatif d'une cohorte type pour le collège où a eu lieu la recherche.

5.2. Thèmes et sous-thèmes

Quatre grands thèmes sont ressortis de l'analyse des données de cette recherche : l'ouverture aux nouveaux savoirs, l'activation des savoirs antérieurs, le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs et enfin à la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration. Nous aimerions rappeler que peu d'études ont été menées au sujet des infirmières diplômées hors Québec et qu'à notre connaissance, aucune étude n'a porté spécifiquement sur l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs chez les IDHQ dans un programme d'intégration professionnelle. Par ailleurs, les quelques études, qui font ressortir l'utilisation des connaissances antérieures chez les étudiants, ciblent majoritairement des étudiants qui sont dans des programmes réguliers de formation ou dans des formations autres que les soins infirmiers. Les étudiants de ces programmes, n'ayant pas ou peu d'expérience professionnelle en soins infirmiers, sont différents des IDHQ de notre étude qui avaient eu de nombreuses expériences professionnelles antérieures. Ceci rend ardues les comparaisons des résultats de notre recherche avec ceux d'autres recherches. Malgré tout, à la lumière des résultats de quelques études antérieures, nous pouvions nous attendre à certains éléments comme : les

nouveaux savoirs, les savoirs antérieurs et les barrières. Cependant, chaque thème identifié dans cette étude a apporté des éléments de compréhension nouveaux.

5.2.1. Ouverture aux nouveaux savoirs

En réponse à la question de recherche, le thème « ouverture aux nouveaux savoirs » révèle à quels nouveaux savoirs les participants s'ouvrent. Il nous semble pertinent de souligner que ce sont l'éthique, la déontologie, les lois, l'imputabilité en regard des actes des infirmiers, le rôle infirmier, le concept du patient et le savoir-être qui les intéressent particulièrement. Ce résultat tend à rejoindre la compréhension des rôles et des responsabilités des infirmières au Canada ; élément ressortant comme un des facteurs influençant la réussite à l'examen pour l'obtention du permis d'exercer et l'intégration des infirmières diplômées à l'étranger (Palese et al., 2006 ; Saint-Pierre et al., 2015). Il est possible de penser que, durant cette phase d'intégration, les IDHQ participantes sont dans une sorte de lune de miel. Tout est nouveau et elles ont peu ou pas d'expériences antérieures reliées à ces savoirs. Le savoir-être dans le milieu de la santé au Québec n'est encore qu'une représentation, une vue idéale à travers les informations véhiculées durant les cours. Elles n'ont encore eu que peu de contact avec des patients et la pratique infirmière dans le contexte québécois. Néanmoins, elles sont ouvertes à s'approprier le savoir-être proposé. Elles veulent être conformes à ce qui est demandé pour l'atteinte des compétences et ainsi s'intégrer dans le milieu québécois de la santé. Nous n'avons pas connaissance de recherches ayant fait ressortir la nouveauté du savoir-être professionnel chez les IDHQ en période d'intégration. Cependant, le savoir-être est un sujet traité dans plusieurs recherches concernant les infirmières immigrantes (Alexis et Vydellingum, 2004 ; Matiti et Taylor, 2005 ; Jose, 2011 ; Philibert, 2015). Il est souvent associé avec la différence de culture

entre le pays d'origine et le pays d'accueil, de manière générale, contrairement à notre recherche où le savoir- être se rapporte directement à la profession.

Dans les mécanismes d'apprentissage utilisés par les participantes, il est possible de remarquer que la mémorisation est un mode privilégié. Ce mode d'apprentissage est aussi mentionné par une participante dans l'étude de Philibert (2015). Cependant, son utilisation ne semble pas y être citée comme, étant privilégiée. Nous pouvons nous demander si ce mode n'est pas à double tranchant. Pour un grand nombre des IDHQ ayant participé à cette recherche, la mémorisation a toujours été utilisée et elle leur apporte un certain réconfort. Néanmoins, cette stratégie cognitive n'est-elle pas un obstacle à la compréhension, à la mise en pratique et à l'intégration des nouveaux savoirs, notamment dans des situations nouvelles ? En effet selon Larue et Cossette (2005) les stratégies cognitives faisant appel à la « mémorisation ou à la répétition contribueraient à un traitement superficiel et plus passif de l'information » (p. 30). Tardif (1993) précise que pour que le traitement des informations soit significatif, la personne doit traiter les informations provenant de ses connaissances antérieures en faisant un lien avec sa mémoire à long terme. Il serait également possible de penser que la pensée critique est peu activée, en cours de mémorisation mais qu'il y a plutôt emmagasinage d'informations à court terme.

Les sous-thèmes de l'ouverture aux nouveaux savoirs nous amènent à penser que les IDHQ de l'étude ne sont pas figées dans leurs cadres respectifs de référence. Mezirow (2003) parle de cadres de référence « tenus pour acquis » qui peuvent atteindre les attitudes, que nous pourrions probablement apparenter au savoir-être, à la façon de penser, aux normes morales et aux considérations éthiques. Ces « tenus pour acquis » ne semblent pas apparaître dans les discussions durant les focus groups. Nous ne retrouvons pas la rigidité évoquée par Mezirow

(2003), puisque les IDHQ sont ouvertes et désirent s'adapter aux nouvelles connaissances. En revanche, nous pouvons nous poser les questions : « ces nouveaux savoir-être sont-ils vraiment mis en pratique durant et au-delà du programme d'intégration ? Restent-ils sous la forme de principes théoriques qui seront évalués dans des travaux scolaires ? » Seule une étude menée sur une plus longue période permettrait de répondre à de telles questions.

5.2.2. Activation des savoirs antérieurs

Le deuxième thème en réponse à la question de recherche correspond à une phase d'activation des savoirs antérieurs. Les participantes sont des adultes ayant pour certaines, plusieurs années d'expérience professionnelle, donc des savoirs antérieurs spécifiques à la pratique infirmière. Nos résultats mettent en évidence le sentiment d'une notion de frein en regard de l'activation des savoirs antérieurs. Selon les participantes, le frein est perçu comme provenant des IDHQ elles-mêmes ou des enseignantes. Les résultats de la recherche nous amènent à nous poser la question suivante : ne retrouve-t-on pas une possible contradiction entre la notion de frein perçu évoquée et le but de ce programme d'intégration ? C'est un programme de complémentarité en soins infirmiers, une formation complémentaire à leurs expériences antérieures. Nos résultats mettent en évidence l'impression d'une notion de frein en regard de cette activation. Il est possible de penser que, durant cette phase, les IDHQ rencontrées soient parcourues par des sentiments de frustration, de confusion, car c'est un peu remettre en question leur bagage professionnel, leurs expériences. D'ailleurs, Mezirow (1991) attire l'attention sur le fait suivant : « se souvenir implique un objet qui a généralement été associé à une émotion [Traduction libre] » (p. 29) et le rôle des enseignants est d'accompagner et de soutenir les apprenants. À notre connaissance, ce fait n'a pas été évoqué dans les résultats des recherches existantes en relation avec les IDHQ. En rapport avec l'activation des savoirs

antérieurs, Mezirow (1989) émet l'idée que l'apprentissage des adultes prend son appui sur les expériences vécues, expériences qu'ils désirent partager. Nous pensons que c'est le cas des participantes de la recherche. Selon leurs dires, la notion de partage peut être freinée lorsqu'elles veulent faire référence à leurs expériences antérieures. Cependant, Mezirow (1991) signale que le partage des réflexions et l'ouverture aux expériences des autres aident au développement des adultes en apprentissage. Mezirow ajoute que c'est en partie aux croyances, aux opinions et aux expériences antérieures que l'adulte peut construire ses cadres de références (Mezirow, 1997, 1998). Selon Mezirow (1991), le développement des adultes est perçu en partie comme « la capacité d'un adulte à valider l'apprentissage antérieur [Traduction libre] » (p. 7), d'y réfléchir et finalement agir sur les idées qui en découlent. L'importance de l'utilisation des savoirs antérieurs est d'ailleurs soulignée par Tardif (1992), qui précise que « l'apprentissage est l'établissement de liens entre les nouvelles informations et les connaissances antérieures » (p. 34). Cette notion fait partie des cinq bases de la conception cognitive de l'apprentissage selon cet auteur.

5.2.3. Le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs

Quant au thème correspondant au dépassement des barrières et défis qui interfèrent dans l'intégration des savoirs, ces barrières et défis ne sont pas systématiquement les mêmes pour chaque participante. Ils leur sont propres, ils peuvent varier selon le pays d'origine, les expériences antérieures et le parcours de migration. Nos résultats confirment ceux des différentes recherches en relation avec les IDHQ ou les infirmières diplômées hors Canada. Les barrières comme la langue, le choc culturel et le temps touchent les infirmières immigrantes (Fournier et Lapierre, 2010 ; Higginbottom, 2011 ; Philibert, 2015 ; Primeau, 2014). Selon Mezirow (1991), pour que l'intégration s'effectue, l'apprenant va chercher ses

avoirs antérieurs, notamment en se référant aux valeurs et traditions qu'il a accumulées dans son bagage. Les IDHQ de la recherche font partie d'une cohorte recoupant de nombreux pays et proviennent elles-mêmes de pays où la culture et les traditions sont très différentes de celles du Québec. La prise de conscience de ces différences et la rencontre de nouvelles cultures peuvent les mener à des dilemmes désorientants, et ce, particulièrement durant les stages où le multiculturalisme du personnel de la santé, ainsi que des patients est particulièrement représentatif. Nous pouvons nous demander si ce choc culturel est suffisamment abordé et exploré durant le programme d'intégration pour permettre aux IDHQ de maximiser l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs.

L'analyse des données nous a également fourni un autre élément cité comme important par les IDHQ : le stress. Quelques participantes se disent extrêmement stressées en regard de la réussite des examens et des stages. Le manque de temps pour pratiquer avant les évaluations est particulièrement relevé par les participantes. Philibert (2015) rapporte le manque de temps pour s'adapter dans les milieux de stage, avant d'être évalué et Jose (2011) le manque de temps pour maîtriser les nouvelles technologies. Il s'agit d'une formation de courte durée et le temps est effectivement compté pour pratiquer, mais aussi pour faire les liens entre les savoirs scientifiques (théoriques) et les savoirs pratiques.

Les IDHQ de l'étude ont également témoigné qu'elles ne pouvaient apprendre en état de stress. Il est intéressant de noter que l'élément stress est surtout mis en évidence par la cohorte B, soit la cohorte qui terminait le premier stage du programme. Il est possible de se demander si, au fur et à mesure du programme, les IDHQ ne construisent pas une certaine confiance et diminuent ainsi leur stress. Une certaine acclimatation se serait faite et les participantes se sentiraient plus à l'aise dans la deuxième partie du programme. Le rôle des enseignantes nous

semble primordial dans cette phase, et celui-ci a été évoqué à maintes reprises par les participantes. Dans ce thème nos résultats mettent en valeur deux notions que nous rappelons. D'abord, les IDHQ de l'étude effectuent le dépassement des barrières et défis à l'intégration des savoirs, en faisant un réapprentissage. À ce sujet, nous rejoignons les résultats de Blythe et al. (2009), cependant cette étude concernait les infirmières diplômées hors Canada et non les IDHQ. Ensuite un fait nouveau ressort de nos résultats : le changement de statut dans le processus d'apprentissage. Pour certaines des IDHQ rencontrées, c'est une phase douloureuse, une phase de perte et de rupture de l'identité professionnelle, une perte du repère de leur rang dans la société. Cependant, nous pouvons penser que le fait d'accepter de passer du statut de professionnel au statut d'étudiant peut permettre une meilleure disposition à l'intégration des savoirs. En s'ouvrant au rôle d'étudiant, l'IDHQ peut favoriser la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration. Les IDHQ font ainsi tomber les réticences qui les séparent de l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. Nous pouvons également penser que ce changement de statut peut être plus difficile pour les IDHQ ayant eu dans leur pays d'origine des expériences antérieures professionnelles de longue durée, ou qui avaient un rôle de cadre dans le milieu de la santé. Ces hypothèses mériteraient d'être approfondies.

5.2.4. La mise en pratique des savoirs en voie d'intégration

À notre connaissance, la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration n'a pas été traitée dans d'autres recherches concernant les IDHQ dans un programme d'intégration professionnelle. Il est possible de supposer que cette phase soit importante, car les participantes vont activer leur choix pour mettre en pratique les savoirs en voie d'intégration. À ce stade, les participantes n'ont pas réellement mis en pratique de façon autonome leurs savoirs dans des situations professionnelles réelles au Québec. Même si quelques-unes d'entre

elles ont été dans de courts stages en unités de soins, elles ont toujours travaillé sous la responsabilité d'une enseignante. Elles sont tiraillées, autrement dit, elles sont en « bataille » cognitive et elles tentent de faire une reconnaissance de façon consciente ou inconsciente, un choix entre leurs savoirs antérieurs et leurs nouveaux savoirs. Certaines participantes disent faire des comparaisons, réfléchir sur ce qu'elles doivent choisir pour ne pas faire « d'erreurs ». Cette réflexion est souvent intériorisée et peu partagée avec leurs collègues ou leurs enseignantes. Le caractère social intervenant dans l'apprentissage transformationnel (Mezirow, 1991) ne semble pas être présent. Selon les participantes, cette réflexion est souvent accompagnée par la peur de se tromper, de rater les évaluations ; en conséquence, elles vont choisir les nouveaux savoirs du moins pendant le programme. Elles pensent ainsi pouvoir réussir les évaluations en disant ce qui est attendu. Contrairement à ce que préconise Mezirow (1991, 1994), les participantes pensent à court terme sans penser à leur sentiment profond. Nous en concluons qu'à ce moment-là, le changement de perspective ne peut pas avoir lieu comme le suggère Mezirow (1991 ; 1994). Les participants de la cohorte B ont manifesté une grande émotion en parlant de cette « bataille » cognitive. Nous remarquons que ce sont surtout les participantes de cette cohorte qui témoignent de la difficulté de cette bataille qui touche particulièrement les savoirs techniques ou procéduraux. Durant cette phase, les participantes cogitent et « se battent » cognitivement dans leur choix de savoirs, elles ont le sentiment que quelque chose est problématique. En raison de la peur de l'échec, de l'insécurité, nous pouvons penser que certaines peuvent avoir une réticence à faire des changements, particulièrement dans les éléments techniques. Certaines d'entre elles pensent qu'en milieu de soins, dans l'urgence d'agir ce seront leurs savoirs antérieurs bien intégrés, qui vont primer. Quelques participantes se posent la question : il y a-t-il une bonne ou mauvaise technique, ou

est-ce tout simplement différent ? Nous pouvons en déduire qu'elles sont en quête d'une pratique exemplaire, pour atteindre le niveau de compétence souhaité du programme d'intégration, mais aussi pour une prise en charge maximale de leurs patients. Comme le suggère Mezirow (2001), les participantes pourraient être en train de « penser leurs expériences ». Cette phase de réflexion est importante dans le processus d'apprentissage des adultes et nous pensons qu'elle ne devrait pas être perçue ou prise pour une phase d'inactivité et freinée. Selon Mezirow, pour qu'il y ait apprentissage transformationnel, cette phase de réflexion doit se dérouler durant un événement particulier ou une crise. C'est ce qui se passe pour les participantes de l'étude, puisque cette « bataille » cognitive est particulièrement active durant les examens ou les stages. Il est également possible de penser que le fait de vouloir absolument choisir l'un ou l'autre de ces savoirs les pénalise dans la possibilité de transformer ces savoirs. Comme le suggère Mezirow (2000), il est possible de concevoir, que pour d'autres participantes cette phase peut être différente. Dans leur pays d'origine, certaines n'ont jamais vécu de situations de santé semblables à celles qu'elles rencontrent ici. Maintenant, une question se pose : transfèrent-elles ces nouveaux savoirs dans des situations inhabituelles ? Cette phase nous semble importante, car selon Mezirow (1991, 1994) la réflexion critique est un élément central du changement de perspective. Tout ceci rejoint finalement la notion de compétences en soins infirmiers. À la fin du programme d'intégration, les IDHQ participantes auront-elles une pratique compétente auprès des patients ? Sauront-elles rapidement mobiliser leurs savoirs de façon autonome ?

Les IDHQ de l'étude ne semblent pas avoir saisi que des savoirs scientifiques soutiennent les techniques de soins. Feraient-elles ce qu'on leur demande, sans réellement toujours comprendre pourquoi et sans pouvoir expliquer pourquoi ? Est-ce que cette compréhension est

attendue d'elles ? La théorie semble rester la théorie, sans que des liens soient faits. Certaines IDHQ ont d'ailleurs mentionné que la théorie est la théorie, elle est partout pareille et sert surtout dans les examens, visant ainsi un résultat à court terme. Elles apprennent qu'elles ne doivent pas faire « comme chez elles », sans en connaître les raisons. Ceci nous apparaît comme un élément pertinent à considérer dans la mise en pratique des savoirs en voie d'intégration. Les stages sont des occasions de réflexions où les liens entre la théorie et la pratique peuvent se faire. Ce point mérite attention dans le cadre d'une révision de programme par exemple.

La prestation sécuritaire des soins infirmiers est en effet au cœur de la pratique quotidienne des infirmières ; elle a pour origine les compétences et la formation (OIIQ, 2015b). Les connaissances, les habiletés et le jugement, ainsi que la capacité de les appliquer dans une situation donnée sont les fondations nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmière (OIIQ, 2015b). D'ailleurs, le code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec stipule dans l'article 18 que « L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, elle doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles » (OIIQ, 2015c). Durant le programme d'intégration, les IDHQ ont continué à modifier et compléter leurs savoirs en voie d'intégration, mais elles ne semblent pas en avoir toujours compris l'importance. Comme le suggère Tardif (1992) dans ses principes de bases de l'apprentissage, une organisation incessante s'est effectuée durant leur apprentissage dans le programme d'appoint. Cette organisation incessante ne s'arrêtera pas à la fin du programme d'intégration professionnelle. Tout au long de leur carrière d'infirmière, de nouvelles informations et

expériences compléteront leurs savoirs. Chaque IDHQ le fera de façon unique selon son propre rythme et réorganisera ses savoirs en voie d'intégration.

5.3. Pertinence du cadre de référence

En raison de la perspective de transformation des IDHQ participant à l'étude, l'utilisation de la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1978) nous paraît tout à fait pertinente. Ce cadre de référence nous a soutenus pour l'élaboration du but, la rédaction de la question de recherche, ainsi que dans la rédaction des questions du guide d'entrevue des *focus groups*. Ce cadre de référence nous a également guidées au moment de discuter les résultats. Il paraît également pertinent lorsque l'on pense formation (Mezirow, 1991, 2000, 2001). L'expérience d'apprentissage des adultes en formation professionnelle a été présente tout au long de cette recherche. L'esprit de la théorie de Mezirow (1978) a été présent du début à la fin de cette recherche.

5.4. Pertinence de la méthodologie

Le choix d'une méthode exploratoire de recherche nous semble pertinent pour atteindre le but de l'étude. Les entrevues de *focus groups* nous ont permis d'explorer en profondeur l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs chez les IDHQ dans un programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers. Les *focus groups* nous ont particulièrement permis de favoriser l'expression des différentes opinions des participantes et ainsi favoriser l'ouverture des discussions. Ils ont permis de répondre au comment et au pourquoi dans chaque thème. De plus, ils ont facilité l'expression et la spontanéité des participantes, qui ont trouvé ainsi un soutien dans la présence de leurs collègues pour des dialogues empreints de sincérité.

Si nous avions à refaire cette recherche, nous utiliserions le même cadre de référence et la même méthodologie. Cependant, nous ferions l'ajout de quelques entrevues individuelles. Ces entrevues permettraient de recueillir des données issues d'une réflexion plus approfondie que celle qui est faite en groupe, tout en ciblant des points plus spécifiques. Cela permettrait également aux participantes de s'exprimer plus librement en minimisant la possibilité de désirabilité sociale durant les entrevues. Des nuances pourraient être soulevées durant les discussions et possiblement, nous irions ainsi plus en profondeur dans notre recherche.

5.5. Forces et limites de l'étude

Dans cette partie les forces et les limites de la recherche sont exposées.

5.5.1. Forces de l'étude

La méthode de recherche utilisée pour répondre au but de notre étude est une force. Le recrutement a permis majoritairement de former des groupes de discussion ayant un nombre de participantes se rapprochant du chiffre idéal selon les écrits consultés (n=8). Sur un nombre de 52 étudiants, nous avons réussi à réunir 27 participantes de 13 pays différents, ceci est une force et nous a permis d'avoir une vision élargie des expériences et ainsi réunir des résultats qui n'ont pas été soulevés dans les études antérieures. Cela nous a également permis d'obtenir un équilibre dans le nombre des participants de chaque cohorte (cohorte A : 14 ; cohorte B : 13). Conformément au modèle d'analyse des données de Paillé et Mucchielli (2012), l'étudiante chercheuse a construit un schéma thématique (arbre thématique) représentant les résultats de l'analyse des données et reliant des thèmes issus de cette analyse. Les *focus groups* ont été réalisés avec la participation d'observateurs expérimentés, ce qui a permis d'avoir une assistance rigoureuse et des *debriefings* riches en partages d'idées. Nous avons pu ainsi explorer les « comment » et les « pourquoi » dans chaque thème. Il est à noter que les

debriefings ont été rigoureusement retranscrits dans le journal de bord, donnant ainsi une vue chronologique de la progression des idées, des émotions de l'étudiante chercheuse (Paillé et Mucchielli, 1996). Les enregistrements ont permis de faire une transcription authentique et rigoureuse des discussions et des *debriefings*.

5.5.2. Limites de l'étude

Le dernier *focus group* s'est tenu avec un nombre de quatre volontaires. Ce nombre de participantes est inférieur au nombre idéal préconisé pour des groupes de discussion (n=8). Il est possible de penser que ceci ait pu jouer sur la dynamique du groupe, nous privant ainsi d'une plus grande richesse interactive et dont la variété d'opinions ait été un peu moins marquée. Néanmoins, le dialogue et le partage des idées ont été maintenus tout au long de la réunion. Les observateurs et l'étudiante chercheuse ont constaté une grande spontanéité de la part des participantes et un plaisir apparent durant les *focus groups*. Ceci a été corroboré par les observations non verbales recueillies par les observateurs. Un autre point est à souligner, selon notre opinion un petit nombre de participantes avait des difficultés en regard de la langue française. Le suivi et la transcription de certaines de leurs interventions ont été un peu plus ardues. Pour pallier ce problème, des précisions et des résumés ont été faits par l'étudiante chercheuse au fur et à mesure des échanges durant les *focus groups*, pour valider les idées. Les résultats doivent cependant être interprétés avec prudence puisque toutes les IDHQ rencontrées provenaient du même programme d'intégration à la pratique infirmière au Québec.

5.6. Implication et recommandations pour la formation, la recherche et la profession

Plusieurs implications pour la formation, la recherche et la profession peuvent être formulées à partir de notre recherche.

5.6.1. La formation

Nous pensons que les résultats de cette étude peuvent être utiles non seulement pour la formation des IDH dans les programmes d'intégration professionnelle en soins infirmiers, mais également pour les formations touchant d'autres disciplines réglementées ayant des programmes de complémentarité (ingénieurs, architectes, médecins et autres). À notre avis, les résultats de cette étude peuvent être également utiles pour l'élaboration, la révision ou la mise à jour des programmes d'intégration professionnelle. En particulier, l'élaboration des grilles d'évaluation du programme d'intégration professionnelle des IDHQ utilisées par l'OIIQ. Nous rappelons que, comme le stipule l'OIIQ (2009), ces grilles sont utilisées pour « évaluer l'accomplissement du programme d'intégration professionnelle en référence aux conditions et modalités prescrites par le comité d'admission par équivalence ». Les résultats de cette recherche peuvent servir de base pour l'élaboration de nouveaux outils afin « d'évaluer les savoirs acquis et adapter les exigences aux besoins individuels » des infirmières diplômées à l'étranger, comme le souligne l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015, p. 14). Ceci peut s'étendre au-delà des services de la santé et rejoindre la formation de toutes les personnes diplômées à l'étranger en intégration professionnelle au Québec ou au Canada. Nous pensons que les résultats de cette recherche peuvent également avoir un intérêt pour les programmes universitaires de baccalauréat, de maîtrise ou même de doctorat en soins infirmiers. On retrouve dans ces programmes un grand nombre d'IDHQ, mais aussi de professionnels de la santé qui après une longue période de travail retournent aux études. Certains résultats tels que le changement de statut pourraient permettre une autre vision de l'apprentissage.

Les recommandations pour la formation seront traitées en deux volets : le volet étudiant, puis le volet enseignant.

5.6.1.1. Recommandations pour la formation : volet étudiant

À la fin des *focus groups*, la majorité des participantes nous ont signifié leur grand intérêt et ont fait part de leurs réflexions au sujet de la compréhension de l'utilité du programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers. Elles ont également soulevé le fait qu'elles commençaient à comprendre leur propre apprentissage. Elles ont qualifié les *focus groups* de mini thérapie et ont remercié pour avoir enfin eu la parole sans restriction et sans jugement. Nous pensons donc que, tout au long de la formation, des ateliers réflexifs sur leur apprentissage pourraient aider les IDHQ du programme à communiquer, à partager leurs idées et à ventiler leurs craintes. Certains de ces ateliers pourraient être faits en partenariat avec les enseignantes. Les paroles des participantes de l'étude nous conduisent à la reconnaissance de leur besoin à se faire entendre. Dans un but d'éducation aux adultes, ces ateliers permettraient également de favoriser la compréhension de leur propre expérience (Mezirow, 1989). Cependant en lien avec le « *learned helplessness* », Mezirow (1989), des aides individualisées pourraient être proposées aux participantes qui éprouveraient des sentiments de frustration, d'impuissance ou de solitude en regard de leur apprentissage. En raison de la courte durée de la formation, nous pensons que pour les étudiantes admises au programme, il serait bon d'étudier la possibilité d'avoir une courte période préprogramme. Durant cette période, les IDHQ pourraient débiter leur introduction au système de santé québécois, mais aussi pourraient trouver des groupes de travail en relation avec les modes d'apprentissage et les différentes barrières qu'elles pourraient rencontrer. Les cours de français existants pourraient y être jumelés, ainsi qu'une brève orientation dans les milieux de soins. Nous pensons que, de

cette façon, il serait possible de gagner du temps dans la première partie théorique du programme, ainsi que dans la période d'orientation durant le premier stage. Ceci permettrait également de réduire le stress relié à « l'inconnu » du milieu de la santé.

5.6.1.2. Recommandations pour la formation : volet enseignant

Les résultats permettent de mettre en évidence que pour les participantes le temps représente une des barrières à l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs intérieurs. Premièrement en raison de la courte période des stages, l'utilisation des simulations par les enseignants pourrait être une voie de substitution aux manques d'exposition clinique des IDHQ durant le programme. L'apprentissage actif serait ainsi favorisé, palliant quelque peu le manque de temps dans les milieux de stage ; la période de mise en pratique des savoirs en voie d'intégration serait ainsi favorisée. Deuxièmement étant donné la grande multiethnicité des étudiants du programme d'intégration professionnelle en soins infirmiers, par souci de pluralisme culturel, nous aimerions suggérer que le corps enseignant soit également composé de formateurs provenant de pays divers. Cette diversité favoriserait le partage et la richesse d'expériences multiples tout en éloignant la formation de groupes privilégiés. Toujours en raison de la grande multiethnicité des IDHQ, il est certainement complexe pour les enseignants de mettre à profit les différentes cultures et les différentes expériences antérieures d'apprentissage réalisées par les IDHQ. Troisièmement, une formation sur les stratégies pédagogiques en lien avec les étudiants diplômés hors Québec pourrait être envisagée pour soutenir les enseignants et leur donner une vision plus large sur les stratégies pédagogiques envisageables. D'ailleurs, la Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec (FNEEQ) signale que plusieurs enseignants perçoivent cette diversité comme un atout. Il serait certainement bon de mettre à profit les liens, ou les exemples différents qu'apportent

les étudiants ayant été formés à l'étranger (FNEEQ, 2012). En explorant et utilisant la diversité des expériences antérieures des IDHQ, les enseignants pourraient ainsi aller chercher des bases expérientielles qui permettraient de faciliter et renforcer l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ, durant les programmes d'intégration professionnelle en soins infirmiers. Quatrièmement, nous pourrions conseiller d'explorer et de considérer l'usage de l'approche par problèmes comme stratégie d'apprentissage durant le programme d'intégration. Dans plusieurs collèges et universités, cette stratégie pédagogique est déjà utilisée dans la formation régulière en soins infirmiers (Larue et Cossette, 2005). Cette approche pourrait préparer les étudiants à agir avec autonomie dans des situations qu'elles rencontreront et à intégrer leurs futures responsabilités professionnelles en stimulant leurs habiletés de résolution de problème, comme le suggèrent Larue et Cossette (2005). Ces auteures rappellent que dans cette stratégie d'apprentissage « les nouvelles connaissances se construisent en s'arrimant aux connaissances antérieures » (Larue et Cossette, 2005, p.41). Une formation serait certainement nécessaire pour outiller et soutenir les enseignants dans cette approche. Une collaboration intercollégiale au Québec permettrait de comparer et de cibler les approches pédagogiques les plus performantes pour une meilleure intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ.

Enfin, les IDHQ de la recherche souhaitent être entourées de patience, de compréhension et d'encouragements. Il est possible de se demander, si des réunions régulières ou des ateliers formatifs ne seraient pas utiles pour permettre aux enseignantes de partager leurs expériences et ainsi réunir des expertises diverses. La variété des expériences pourrait être mise en commun, donnant ainsi un soutien aux plus nouveaux. Les sujets abordés pourraient être le multiculturalisme, les différentes méthodes d'apprentissage des adultes et la gestion du stress.

5.6.2. La recherche

Nous pensons que les résultats de cette étude peuvent servir de bases pour des recherches futures en relation avec l'apprentissage des IDHQ, mais aussi avec l'apprentissage des adultes durant les programmes d'études supérieures de premier cycle ou deuxième cycle universitaire.

5.6.2.1. Recommandation pour la recherche

Il serait pertinent de mener une étude de l'intégration des savoirs des IDHQ dans les trois autres collèges francophones proposant le programme d'intégration en soins infirmiers au Québec. Ceci nous permettrait de poursuivre l'exploration en profondeur sur l'intégration des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ. Cette recherche pourrait s'étendre par la suite aux étudiants à la maîtrise et au doctorat qui sont issus du milieu professionnel actif et qui reprennent leurs études. Une partie de ces étudiants sont comparables dans le fait qu'une longue période de travail les sépare de la reprise des études et qu'ils doivent ainsi changer leur statut. Il est possible de penser que, durant cette recherche, les résultats nous ont amenés à prendre conscience de la logique des liens entre les différents thèmes. La régularité et la concordance entre les comportements des participantes des différents *focus groups*, nous amènent à penser qu'une recherche plus élaborée pourrait mener à une théorie. Une théorie qui permettrait de mieux organiser et comprendre l'apprentissage des infirmières diplômées à l'étranger. Nous encourageons fortement à continuer la recherche dans cette voie.

Une autre étude pourrait être d'évaluer les résultats des programmes actuels en termes de réussite des étudiantes et d'intégration sur le marché du travail et de refaire cette évaluation après une modification de programme qui intégrerait les résultats de la présente recherche ainsi que ceux d'autres études semblables.

5.6.3. La pratique professionnelle

Les résultats de cette recherche pourraient également servir de références durant l'accompagnement des IDHQ pendant les périodes d'orientation en unité de soins. L'examen des résultats par les infirmières qui encadrent les nouvelles venues permettrait de mieux comprendre comment les IDHQ intègrent les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs. Il y aurait une retombée pour la formation, mais aussi pour la pratique infirmière. La transformation de l'apprentissage serait ciblée, tout en gardant la transformation des soins comme but.

5.6.3.1. Recommandation pour la pratique en milieu de soins

L'implication des milieux cliniques dans la révision du programme d'apprentissage des IDHQ amènerait un élément de partage et de témoignages concrets. Cette collaboration pourrait s'étendre aux périodes d'orientation des IDHQ en tant que candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ou en tant qu'infirmière autorisée. Des chefs d'unité, des IDHQ, des infirmières « superviseuses » ou des infirmières responsables de la qualité de la pratique pourraient être impliquées. Les besoins de chacun pourraient ainsi être évoqués et des stratégies d'accompagnement pourraient être déterminées. Des formations sur la diversité culturelle pourraient être offertes aux professionnels de la santé pour une meilleure collaboration avec les membres ayant eu une formation hors Québec. Ces formations pourraient principalement cibler les infirmières faisant les orientations professionnelles dans les unités de soins pour faciliter la communication et le partage des idées durant les périodes d'orientation et de probation ou de supervision.

Conclusion

Suite aux résultats de cette recherche qualitative exploratoire, nous ne pouvons qu'encourager les enseignants des programmes d'intégration à être particulièrement sensibles aux besoins de reconnaissance professionnelle des IDHQ et à leur besoin identitaire. Durant cette étude nous avons plongé au cœur de l'apprentissage des IDHQ durant un programme d'intégration professionnelle. Nous pensons que les résultats de cette étude peuvent être utilisés rapidement pour la bonification des programmes d'enseignement. Nous croyons que cette recherche peut faire progresser les connaissances sur la formation infirmière, mais aussi faire progresser les pratiques éducatives qui mettront les IDHQ en action dans leur apprentissage.

Bibliographie

- Aboderin, I. (2007). Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: understanding links to globalization. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2237-2245. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01999.x
- Alexis, O. et Vydelingum, V. (2004). The lived experience of overseas black and minority ethnic nurses in the national health service in the south of England. *Diversity in health and social care*, 1(1), 13-20.
- Alexis, O., Vydelingum, V. et Robbins, I. (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2221-2228. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02080.x
- Allan, H. et Larsen, J. (2003). *We Need Respect: Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK*. London: Royal College of Nursing.
- Antonius, R. et Salib, A. F. (2015). *De l'accueil à l'intégration: diagnostic, parcours et expériences*. Communication présentée Actes du Colloque sur l'immigration, Laval. Repéré à https://criec.uqam.ca/upload/files/ACTES_colloque_immigration_Web_19_sept.pdf
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2015). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada. Repéré à www.cna-aiic.ca
- Australian Government Department of Health and Aging. (2008). Report on the Audit of Health Workforce in rural and Regional Australia. Nursing Workforce. Repéré à <http://www.health.gov.au/>
- Baj, P. A. (1997). Evaluation of a programme to train Russian émigré nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 3(1), 40-46.
- Balleux, A. (2000). Évolution de la notion d'apprentissage expérientiel en éducation des adultes: vingt-cinq ans de recherche. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 263. doi: 10.7202/000123ar
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches Qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Baumgartner, L. M. (2001). The new update on adult learning theory. Dans S. B. Merriam (dir.), (p. 15-24). San Francisco, Calif.: San Francisco, Calif. : Jossey-Bass.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif. ; Addison-Wesley Pub. Co., Nursing Division, Don Mills, Ont.

- Berry, J. W. (1970). Marginality, stress and ethnic identification in an acculturated Aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1(1), 239-252.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712. doi: 10.1016/j.ijintrel.2005.07.013
- Blanchet Garneau, A. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière*. (Thèse de Doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10354>
- Blythe, J., Baumann, A., Rhéaume, A. et McIntosh, K. (2009). Nurse migration to Canada: Pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), 202-210.
- Boulais, N. (2012). *Perceptions d'infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger et de préceptrices sur les stratégies facilitant la transition professionnelle en période de préceptorat*. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9015>
- Bourgeault, I. L., Neiterman, E., LeBrun, J., Viers, K. et Winkup, J. (2010). Brain Gain, Drain and Waste: The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada. Repéré à <http://www.healthworkermigration.com/>
- Brunero, S., Smith, J. et Bates, E. (2008). Expectations and experiences of recently recruited overseas qualified nurses in Australia. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 101-110. doi: 10.5172/conu.673.28.1-2.101
- Brush, B. L. et Sochalski, J. (2007). International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy Polit Nurs Pract*, 8(1), 37-46. doi: 10.1177/1527154407301393
- Charles, D. (2011). *L'expérience de l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes de minorités visibles* (Mémoire de Maîtrise, Université Laval, Québec). Repéré à www.theses.ulaval.ca/2011/27927/27927.pdf
- Chege, N. et Garon, M. (2010). Adaptation challenges facing internationally educated nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing* 29, 131-135.
- Collière, M. F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. (2^e éd.). Paris: Masson.
- Conseil des Ministres de l'Éducation. (2016). L'éducation au Canada : une vue d'ensemble. Repéré à <http://www.cmec.ca/fr/>
- Covell, C. L., Neiterman, E. et Bourgeault, I. L. (2016). Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health*, 14(1), 38. doi: 10.1186/s12960-016-0135-6

- Daniel, P., Chamberlain, A. et Gordon, F. (2001). Expectations and Experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 10(4), 254-265.
- Deegan, J. et Simkin, K. (2010). Expert to novice: experiences of professional adaptation reported by non-English speaking nurses in Australia. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27(3), 31-37.
- Desrochers, S. (2009). *Les apprentissages impliqués dans le développement spirituel, d'adultes qui commencent ou recommencent une démarche d'éducation catholique*. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/138838.pdf
- Duchesne, C. (2010). L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation et francophonie*, 38(1), 33. doi: 10.7202/039978ar
- Duchesne, C. et Skinn, A. (2013). Comment les dimensions contextuelles et culturelles interviennent-elles dans l'apprentissage transformateur? *Revue des sciences de l'éducation*, 39(2), 387. doi: 10.7202/1025233ar
- Fédération nationale des enseignantes et des enseignants du Québec. (2012). Enseigner dans un contexte multiculturel: un défi quotidien à relever! Repéré à <https://fneeq.qc.ca/fr/publications/chronique-50-147/>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e éd.). Montréal, Québec: Chenelière éducation.
- Fournier, V. et Lapierre, L. (2010). Intégration et réussite des étudiantes issues de communautés culturelles et inscrites en soins infirmiers. Repéré à http://www.cegepsl.qc.ca/developpement-pedagogique/files/2011/10/11-194_CEGEP_rapport-de-recherche_VF.pdf
- Gatley, S., Lessem, R. et Altman, Y. (1996). *Comparative management: A transcultural odyssey*. London: Mc Graw -Hill Press.
- Gaudet, É. D. et Loslier, S. (2011). *Les difficultés de réussite des étudiants immigrants dans les stages des programmes techniques au collégial1. Regards croisés sur l'interculturel et la réussite éducative*. Communication présentée Service interculturel collégial, Montréal. Repéré à http://labrri.net/wp-content/uploads/2012/01/actes_colloque_2011.pdf
- Groupe Consultatif interagences en Éthique de la Recherche. (2014). Didacticiel d'introduction à l'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
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park,CA: Sage Publications.

- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences (*The SAGE handbook of qualitative research* (3^e éd., p. 191-216). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hemmings, A. (2006). Great Ethical Divides: Bridging the Gap between Institutional Review Boards and Researchers *Educational Researcher*, 35(4), 12-18.
- Higginbottom, G. M. (2011). The transitioning experiences of internationally-educated nurses into a Canadian health care system: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 10, 14. doi: 10.1186/1472-6955-10-14
- Imel, S. (1998). Eric Digest #200 - Transformative Learning in Adulthood. Repéré à <https://eric.ed.gov/?id=ED423426>
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2013). Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2012. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2012Summary_FR.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Le personnel infirmier réglementé 2016. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/regulated-nurses-2016-report-fr-web.pdf
- Iverson, K. et Colky, D. (2004). Scenario-based e-learning design. *Performance Improvement*, 43(1), 16-22. doi: 10.1002/pfi.4140430105
- Jarvis, P. (1992). *Paradoxes of Learning: on Becoming an Individual in Society* (1^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Jeans, M. E., Hadley, F., Green, J. et Da Prat, C. (2005). Navigating to become a nurse in Canada. Repéré à http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/IEN_Technical_Report_e.pdf
- Jose, M. M. (2011). Lived experiences of internationally educated nurses in hospitals in the United States of America. *International Nursing Review*, 58(1), 123-129. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00838.x>
- Kingma, M. (2001). Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? *Nursing Inquiry*, 8(4), 205-212. doi: 10.1046/j.1440-1800.2001.00116.x
- Kitchenham, A. (2008). The Evolution of John Mezirow's Transformative Learning Theory. *Journal of transformative Education* 6(2), 104-123. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/1541344608322678>
- Kleinman, A., Eisenberg, L. et Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. doi: 10.7326/0003-4819-88-2-251

- Konno, R. (2006). Support for overseas qualified nurses in adjusting to Australian nursing practice: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(2), 83-100. doi: 10.1111/j.1479-6988.2006.00037.x
- Kuster, M., Goulet, C. et Pepin, J. (2002). Significations du soin postnatal pour des immigrants Algériens. *L'infirmière du Québec*, 70(1), 12-23. Repéré à <http://www.bibl.ulaval.ca/web/sciences-infirmieres/theorie-de-leininger>
- Laperrière, H. (2012). Enjeux contemporains de la formation infirmière francophone en situation minoritaire à Ottawa (Ontario) : découvrir le contexte sociopolitique plus large d'un problème microlocal. *L'infirmière clinicienne*, 9(1), 18-26. Repéré à <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>
- Larue, C. et Cossette, R. (2005). *Stratégies d'apprentissage et apprentissage par problèmes : description et évolution des stratégies utilisées par des étudiantes en soins infirmiers au niveau collégial : rapport de recherche*. Montréal: Cégep du Vieux Montréal, Service des études, Coordination de la recherche.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelères en situation de soins* (Thèse de Doctorat, Université Laval, Québec). Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2009/26512/>
- Leclerc, J. (2017). L'aménagement linguistique dans le monde. Repéré à <http://www.axl.cefan.ulaval.ca/index.html>
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3^e éd.). Montréal: Guérin.
- Leininger, M. (1985). Ethnography and ethnonursing: Models and modes of qualitative analysis. Dans M. Leininger (dir.), *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando, FL: Grune & Stratton, Inc.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing concepts, theories, research and practices* (2^e éd.). Orlando, FL: Grune & Stratton, Inc.
- Lincoln, Y. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Liou, S. R. et Cheng, C. Y. (2011). Experiences of a Taiwanese Nurse in the United States. *Nursing Forum*, 46(2), 102-109. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2011.00211.x/abstract>
- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives* Montréal, Québec: ERPI.
- Loyens, S. M.-M. et Gijbels, D. (2008). Understanding the effects of constructivist learning environments: introducing a multi-directional approach. *Instructional Science* 36, 351–357. doi: 10.1007/s11251-008-9059-4

- Matiti, M. R. et Taylor, D. (2005). The cultural lived experience of internationally recruited nurses: a phenomenological study. *Diversity in Health and Social Care*, 2(1), 7-15. Repéré à <http://tinyurl.com/jlz95a5>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K. H. et Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Repéré à <http://tinyurl.com/hp9yak5>
- Mezirow, J. (1978). *Education for perspective transformation: Women's re-entry programs in community colleges*. New York: Teacher's College, Columbia University.
- Mezirow, J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult education quarterly*, 32(1), 3-24. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/074171368103200101>
- Mezirow, J. (1990). *Fostering critical reflection in adulthood : a guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco: San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass
- Mezirow, J. (1996). Contemporary paradigms of learning. *Adult Education Quarterly*, 46, 158-173. doi: doi: 10.1177/074171369604600303
- Mezirow, J. (1997). Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 1997(74), 5-12. doi: 10.1002/ace.7401
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience : une voie vers l'autoformation*. (Traduit par D. Bonvalot et G. Bonvalot). Lyon: Chronique sociale.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of transformative Education*, 1(1), 58-63. doi: 10.1177/1541344603252172
- Moyce, S., Lash, R. et de Leon Siantz, M. (2016). Migration experience of foreign educated nurses: A systematic Review of the Litterature. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), 181-188. doi: 10.1177/1043659615569538
- Murphy, S. (2008). *Actualizing the Dream: Experiences of internationally-educated nurses*. (Thèse de Doctorat, University of Calgary, Calgary, Canada). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304694170>
- Neiterman, E. et Bourgeault, I. L. (2013). Cultural competence of internationally educated nurses: assessing problems and finding solutions. *Canadian of Journal Nursing Research*, 45(4), 88-107. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617282>

- Omeri, A. et Atkins, K. (2002). Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies*, 39(5), 495-505. doi: 10.1016/S0020-7489(01)00054-2
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2016). Repéré à <http://www.cno.org/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2005). La compétence professionnelle une obligation déontologique. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/la-competence-professionnelle-une-obligation-deontologique>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). L'intégration professionnelle des infirmières immigrantes. *Consultation publique sur la planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010*. Westmount, Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *Programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors du Québec et plan-cadres des cours*. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, Westmount, Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015a). [Résultats de l'examen professionnel de septembre 2015]. Communication personnelle.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2015b). Des expertises infirmières indispensables pour mieux prendre soin des Québécois. Repéré à <https://www.oiiq.org/des-expertises-infirmieres-indispensables-pour-mieux-prendre-soin-des-quebecois>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015c). Code de déontologie révisé des infirmières et infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017a). Portrait sommaire de l'effectif infirmier au Québec 2016-2017. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/Portrait-sommaire-2016-2017.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017b). [Résultats de l'examen professionnel de mars 2017]. Communication personnelle.
- Organisation de Coopération et de Développement économiques/Nations Unies. (2010). International migration of Health Workers: Improving international co-operation to address the global health workforce crisis. Repéré à <https://www.oecd.org/migration/mig/44783473.pdf>
- Organisation de Coopération et de Développement économiques/Nations Unies. (2017). Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE. Repéré à http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr

- Organisation Mondiale de la Santé. (2016a). Personnels de santé: un atout pour la santé et pour croissance économique. Repéré à <http://www.who.int/features/2016/health-workers-economic-growth/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016b). S'engager pour santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. Repéré à <http://apps.who.int/iris/handle/10665/250100>
- Page-Lamarche, V. (2005). *Styles d'apprentissage et rendements académiques dans les formations en ligne* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00091531/document>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Palese, A., Barba, M., Borghi, G., Mesaglio, M. et Brusaferrò, S. (2006). Romanian nurses' process of adaptation to Italian nursing practices during their six months in Italy: a qualitative study. *Diversity in Health and Social Care*, 3(2), 123-130.
- Philibert, K. (2015). *Expérience d'infirmières immigrantes durant le programme collégial: Intégration à la profession infirmière du Québec (CWA.0B)*. (Mémoire de Maîtrise, Université de Sherbrooke, Trois-Rivières, Québec). Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/7703?show=full>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9^e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Primeau, M. D. (2014). *Les facteurs explicatifs de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec* (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12307>
- Primeau, M. D., Champagne, F. et Lavoie-Tremblay, M. (2014). Foreign-trained nurses' experiences and socioprofessional integration best practices: an integrative literature review. *Health Care Manager* 33(3), 245-253. doi: 10.1097/HCM.0000000000000018
- Ronquillo, C., Boschma, G., Wong, S. T. et Quiney, L. (2011). Beyond greener pastures: exploring contexts surrounding Filipino nurse migration in Canada through oral history. *Nursing Inquiry*, 18(3), 262-275. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00545.x
- Saint-Fleur, S. (2013). *Étude des ressemblances et des différences des auteurs constructivistes au regard du rôle de l'enseignant et des élèves*. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec). Repéré à www.theses.ulaval.ca/2011/27927/27927.pdf

- Saint-Pierre, I., Covell, C. L., Primeau, M., Kilpatrick, K., Ndengeyingoma, A. et Tchouaket, E. (2015). Les facteurs qui soutiennent l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger et leur maintien en poste dans les systèmes de soins de santé du Canada: Santé Canada.
- Sherman, R. O. et Eggenberger, T. (2008). Transitioning internationally recruited nurses into clinical settings. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(12), 535-544. doi: 10.3928/00220124-20081201-03
- Sochan, A. et Singh, M. D. (2007). Acculturation and socialization: voices of internationally educated nurses in Ontario. *International Nursing Review*, 54(2), 130-136. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00564.x
- Srivastava, R. H. (2007). *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*. Toronto: Mosby Elsevier.
- Stake, R. E. (1985). A Personal Interpretation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 7(3), 243-244. doi: 10.2307/1163850
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. Dans N. Denzin & Y. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 236-247). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Stake, R. E. (1995). *The art of the Case Study Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. Dans N. K. Denzin & C. M. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 435-454). Thousand Oaks: CA: SAGE publications inc.
- Stake, R. E. (2003). Case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., p. 134-164). Thousand Oaks, CA: Sage publications inc.
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The sage handbook of qualitative research* (3^e éd., p. 443-466). Thousand Oaks, CA: Sage Publications inc.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New-York, NY: Guilford Publications.
- Stake, R. E. (2008). Strategies of qualitative inquiry. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Strategies of Qualitative Inquiry* (3^e éd., p. 119-149). Los Angeles: Sage Publications.
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Taber, K. (2006). Beyond Constructivism: the Progressive Research Programme into Learning Science. *Studies in Science Education*, 42(1), 125-184. doi: 10.1080/03057260608560222

- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal, Québec: Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1993). L'évaluation dans le paradigme constructiviste. Dans R. Hivon (dir.), *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation* (p. 27-56). Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Éditions Chenelière Éducation.
- Tardif, J. (2014). *Étude des principes éthiques appliqués par des enseignantes et des enseignants lors de l'évaluation certificative d'une compétence dans le cadre d'un stage d'intégration en Soins infirmiers au collégial*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec). Repéré à <http://www.usherbrooke.ca/>
- Taylor, E. W. (1997). Building upon the theoretical debate: A critical review of the empirical studies of Mezirow's transformative learning theory. *Adult Education Quarterly*, 48, 32-57.
- Taylor, E. W. (2000). Fostering Mezirow's transformative Learning Theory in Adult Education Classroom : A critical review. *Canadian Journal of the Study of adult education*, 14(2), 1-28.
- Taylor, E. W. (2007). An Update of Transformative Learning Theory: A Critical Review of the Empirical Research (1999-2005). *International Journal of Lifelong Education*, 26(2), 173-191. doi: 10.1080/02601370701219475
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing biographic narrative and semi-structured methods*. London: SAGE publications.
- Winkelmann-Gleed, A. et Seeley, J. (2005). Strangers in a British world? Integration of international nurses. *British Journal of Nursing*, 14(18), 954-961. doi: 10.12968/bjon.2005.14.18.19880
- Xu, Y., Gutierrez, A. et Kim, S. (2008). Adaptation and Transformation Through (Un) Learning: Lived experiences of Immigrant Chinese Nurses in US Healthcare Environment. *Advances in Nursing Science*, 31(2), 1-29. doi: 10.1097/01.ANS.0000319570.99254.e5
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from start to finish*. (2^e éd.). New York, NY: he Guilford Press.

- Zhou, Y., Windsor, C., Coyer, F. et Theobald, K. (2010). Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing inquiry*, 17(3), 186-196. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00492.x
- Zizzo, K. et Xu, Y. (2009). Post-hire transitional programs for international nurses: a systematic review. *Journal Of Continuing Education In Nursing* 40(2), 57-66. doi: 10.3928/00220124-20090201-02

Annexe A : Douze compétences visées par le programme d'intégration et cinq compétences visées par les stages dans ce programme

Analyser la fonction de travail

- Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.
- **Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.**
- **Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.**
- Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes qui révèlent du domaine infirmier.
- Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.
- Enseigner à la personne et à ses proches.
- Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.
- Établir les relations de collaboration avec les intervenantes et intervenants.
- **Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et chirurgie.**
- **Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.**
- Appliquer des mesures d'urgence.

(OIIQ, 2009).

Note : En gras les cinq compétences visées en milieu de stage.

Annexe B : Les 22 compétences de la formation spécifique du programme de soins infirmiers

Compétences initiales en soins infirmiers

01 QO Analyser la fonction de travail.

01 Q 1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement.

01Q2 Composer avec les réactions et les comportements d'une personne.

01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.

01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.

01 Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.

01 Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.

01 Q7 Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.

01 Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.

01 Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.

01 QA Enseigner à la personne et à ses proches.

01 QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.

01 QC S'adapter à différentes situations de travail.

01 QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants.

01 QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.

01 QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.

01QG Appliquer des mesures d'urgence.

01 QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.

01 QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.

01 QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires.

01 QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.

01 QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

Programme de soins infirmiers 180-AO. (MELS, 2007)

Annexe C : Guide d'entrevues de focus groups

Nombre de personnes : six à huit

Temps alloué : 60 à 90 minutes

Ouverture de la session :

L'étudiante chercheuse se présente et dit pourquoi elle s'est intéressée à cette question (elle-même IDHQ). Elle demande à chacun de se présenter sous son nom fictif choisi pour la session.

Présentation de l'assistante qui sera en retrait dans la salle.

Introduction :

Je vous remercie de votre participation à ce *focus group* qui vise à explorer comment vous arrimez des nouveaux savoirs du programme à vos savoirs antérieurs avant d'être dans ce programme, particulièrement pour l'atteinte du niveau exigé de la compétence : «*Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie* ». C'est une compétence centrale dans votre programme collégial en intégration infirmière.

- Réponse au formulaire de données sociodémographiques : svp prenez le temps de répondre au bref questionnaire (avec nom fictif) qui est en face de vous.
- Rappel des principes de fonctionnalité du *focus group* :

Durant la séance de 60 à 90 minutes, chaque participante s'exprimera librement sur son expérience en respectant les opinions de chacun sur les thèmes de la discussion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il nous importe de comprendre votre expérience d'apprentissage et d'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs appris avant le programme. Nous ne désirons pas explorer d'autres sujets que les apprentissages, en prenant le contexte « Intervenir auprès d'adultes et de personnes

âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie ». Si nous déviions, je ramènerai la conversation vers notre thème.

Nous allons démarrer l'enregistrement et vous demander de donner votre nom fictif avant de commencer une intervention; cela facilitera notre analyse. Il sera bon d'éviter de parler quand une autre participante s'exprime.

- Rappel : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce que nous échangerons n'affectera en rien votre parcours scolaire, ni dans l'évaluation de vos travaux scolaires, ni dans vos résultats de stage; nous cherchons à comprendre par le biais d'un processus de recherche ce qui vous aide à apprendre.

La confidentialité des échanges dépend de votre engagement réciproque à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre.

- Avez-vous des questions?
- Démarrage de l'enregistrement.

Activité I :

1) Question d'introduction

- Dans ce programme d'intégration, quelles sont les expériences d'apprentissage et les savoirs (ou les connaissances) qui vous stimulent le plus?

2a) *Racontez-nous* : un fait, un moment ou un événement qui vous a frappé en relation avec votre apprentissage, où vous êtes allés chercher dans vos têtes, vos connaissances construites dans votre pays d'origine pour répondre à la situation (savoirs, savoirs-être et savoir-faire). Cela peut être : en classe, en stage, dans vos pratiques en laboratoires etc.

- À votre avis qu'est ce qui a provoqué le fait d'aller chercher ces savoirs antérieurs?
- À votre avis qu'est ce qui fait que vous vous êtes tournées vers vos savoirs antérieurs plutôt que vers vos nouveaux savoirs?
- Si vous vous êtes tourné vers une nouvelle connaissance, pourquoi?

Si vous le désirez, nous allons prendre 2 à 3 minutes pour y penser chacun de notre côté avant de mettre en commun nos idées.

2b) *Mise en commun spontanée des réflexions individuelles.*

- Avez-vous eu une expérience semblable? Différente? Racontez-nous.
- Et vous?
- Au besoin : Que voulez-vous dire quand vous parlez de...
- Pouvez-vous préciser?
- Pouvez-vous donner un exemple?

3) Qu'est-ce qui vous a aidé à prendre la décision de changer votre cadre de référence, vos façons de faire? Comment cela s'est-il passé?

4) Supposez que vous n'aviez pas fait de changement suite aux nouvelles connaissances, que serait-il arrivé à votre avis?

5) *Synthèse*

- Que pensez-vous de ce que chacun vient d'exprimer?
- Quelles sont vos réflexions?
- Qu'aimeriez-vous ajouter à ce que nous avons discuté?

L'étudiante chercheuse résume les idées exposées les plus frappantes aux participants.

Remerciements aux participants et remise des coupons de remerciement d'une valeur de 20.00\$.

Annexe D : Formulaire sociodémographique

Ces données permettront de tracer un profil global des personnes qui ont participé à cette étude. Merci de bien vouloir y répondre. Vous n'avez aucune obligation à répondre aux questions auxquelles vous ne voulez pas.

Code : _____

Genre : Femme Homme : _____

Âge: _____

Pays d'origine : _____

Nombre d'années depuis la fin de la formation en soins infirmiers dans le pays d'origine :
_____ an (s) ou _____ mois

Dans quel milieu de soins et quelle unité de soins avez-vous travaillé dans votre pays d'origine?

Avez-vous eu une expérience de travail au Québec?

Oui Non

Si oui, laquelle :

Nombre d'année(s) ou de mois au Québec avant le début de votre formation d'appoint

_____ an (s) _____ mois

Est-ce votre première expérience comme infirmière dans un pays étranger? :

Oui non. Sinon, dans quel(s) autre(s) pays avez-vous travaillé?

Annexe E : Formulaire signé du comité d'approbation de l'Université de Montréal



Faculté des sciences infirmières

PROGRAMME DE MAITRISE ES SCIENCES (SCIENCES INFIRMIERES) APPROBATION SCIENTIFIQUE DU PROJET DE RECHERCHE DE MÉMOIRE

Nom de l'étudiant(e) : Anne-Marie Tessier
Code Permanent : ██████████
Nom de la directrice : Madame Jacinthe Pepin
Codirectrice : _____

Titre du projet : Exploration de l'arrimage des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec, durant un programme complémentaire en milieu collégial.

PROBLÉMATIQUE

La migration infirmière internationale est une caractéristique constante (Brush et Sochalski, 2007) et le Canada est une destination favorisée par l'ensemble des professionnels de la santé (Blythe, Baumann, Rhéaume et McIntosh, 2009). Au Québec le pourcentage d'infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) a atteint 5.5% en 2014-2015 (OIIQ, 2015). Suivant le cheminement planifié par l'OIIQ, les IDHQ passent souvent par le programme de complémentarité en milieu collégial pour une période de 8 à 11 mois (OIIQ, 2007). Ce programme est le premier contact des IDHQ avec leur nouveau milieu de pratique (Philibert, 2015). Dans le cadre de ce programme, les IDHQ doivent s'approprier les nouveaux savoirs du programme et les intégrer aux savoirs déjà acquis dans leur pays d'origine pour atteindre le niveau souhaité des 12 compétences à développer pour pratiquer comme infirmière au Québec. En effet, une compétence est le reflet de la combinaison et la mobilisation de savoirs et se situe dans l'ordre du savoir-agir complexe (Tardif, 2006), donc intègre des savoirs, savoir-faire et des savoirs-être (Tardif, 2014). Les recherches antérieures mettent en lumière les barrières que rencontrent les infirmières immigrantes durant leur intégration. Les différences quant aux savoirs requis pour la pratique sont telles qu'un problème est posé dans l'accès à l'opportunité de réussir les examens, les stages du programme et l'examen professionnel (OIIQ, 2007); il en est de même pour les périodes de probation dans les milieux de soins en tant qu'infirmière. Plusieurs IDHQ échouent la formation complémentaire (Philibert, 2015) et ont des difficultés, particulièrement en pratique durant les stages (Fournier et Lapierre, 2010; Gaudet et Loslier, 2011). Jusqu'à présent, les chercheurs qui se sont intéressés à l'intégration des infirmières immigrantes faisant partie d'un programme d'intégration collégiale au Québec n'ont pas, à notre connaissance, examiné l'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs acquis dans les pays d'origine.

Pourtant selon les principes du constructivisme chaque apprenant construit sa réalité à partir de ses propres expériences. L'approche constructiviste prend toute sa force dans le fait que les apprenants doivent traiter activement la nouvelle information afin de l'intégrer contextuellement à leurs connaissances antérieures et ainsi approfondir leur savoir (Taber 2006; Loyens et Gijbels 2008). De plus, les IDHQ sont des adultes en apprentissage. Selon la théorie constructiviste de l'apprentissage à l'âge adulte, l'activité cognitive est centrale chez l'apprenant (Duchesne, 2010). Ce processus de lier de nouveaux savoirs aux anciens emmagasinés a comme résultat : la construction de sens, qui est un élément clé de la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (Duchesne, 2010). Pour Mezirow (2001), l'expérience constitue le cœur de la formation, mais celle-ci doit être transformée par l'apprenant pour constituer un savoir.

But de cette recherche

Le but de cette recherche est d'explorer chez les IDHQ en cours d'apprentissage, l'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs nécessaires à la pratique infirmière auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie. Selon le programme d'intégration professionnelle des IDHQ, cette compétence est présentée comme « partie importante du champ d'action de l'infirmière » dans une unité de soins en milieu hospitalier (OIIQ, 2009, p. 39).

Question de recherche

- Comment les IDHQ intègrent-elles les nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs pour l'atteinte du niveau exigé de la compétence : « Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie » ?

METHODES DE RECHERCHE ET PLAN D'ANALYSES

Un devis qualitatif exploratoire a été choisi pour mettre en lumière l'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs des IDHQ. Une étude de cas sera réalisée selon l'approche de Stake (1994) qui s'inscrit dans une épistémologie constructiviste. Le cas est défini comme étant un groupe de 24 à 35 étudiants qui étudient dans un programme d'intégration de 8 à 11 mois en soins infirmiers en milieu collégial montréalais. Le recrutement débutera à la suite d'une séance d'information le dernier jour de stage qui se déroule hors de l'unité de soins et se continuera durant le début de la collecte des données. Des entrevues de groupes (*focus groups*) permettront de collecter les données, soit 1) un ou deux groupes comprenant six à huit personnes. Un guide de rencontre pour les *focus groups* a été élaboré. L'étudiante chercheuse sera assistée d'une observatrice expérimentée durant les *focus groups*. L'analyse des données se fera dans un esprit constructiviste selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2012). Chaque entrevue sera enregistrée, transcrite verbatim, puis codée pour construire des thèmes en trois étapes : 1) transcription-traduction; 2) la transposition-réarrangement; 3) la reconstitution-narration: durant cette période et tout au long de l'analyse, la triangulation des données provenant des entretiens de groupes, du journal de bord de l'étudiante chercheuse, ainsi que des discussions avec la directrice de recherche serviront à valider l'analyse des données. Les quatre critères de scientificité selon Guba et Lincoln (1989; 2005) seront utilisés comme référence de rigueur de l'étude. Pour les *Considérations éthiques*, le projet de recherche sera soumis pour approbation au Comité d'éthique de la recherche à l'Université de Montréal, ainsi qu'à celui du collège d'enseignement où se déroulera le projet de recherche. L'étudiante chercheuse travaillant comme enseignante dans ce collège, n'a pas enseigné aux deux dernières cohortes pour éviter un éventuel rapport de pouvoir enseignant-étudiant.

Doct. Marie Tessier :



Signature de l'étudiant(e)

26 janvier 2017
Date

Ce mémoire sera rédigé par articles : Oui Non

SIGNATURES

Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.

NOM : Chantal Caux Signature : 

Présidente du comité d'approbation

NOM : Hélène Lefebvre Signature : 

Membre du comité d'approbation

NOM : Madame Jacinthe Pepin Signature : 

Directrice de recherche

Annexe F : Approbation par le comité éthique de l'institution collégiale du lieu de recherche



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains du [redacted] a examiné le projet de recherche suivant :

Titre du projet : *Exploration de l'arrimage des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec, durant un programme complémentaire en milieu collégial.*

Responsable(s) du projet : Anne-Marie Tessier

Unité(s): Université de Montréal

Co-chercheurs : Aucun

Ce protocole de recherche est jugé conforme et répond aux normes établies dans la Politique institutionnelle sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains du [redacted] ainsi que par l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2).

Certificat valide jusqu'au 23 mars 2018. Le rapport d'étape annuel de suivi est attendu pour le 22 mars 2018 ou le cas échéant, un rapport final au terme du projet.

Membres du Comité d'éthique de la recherche

[redacted]	Présidente, personne versée en éthique
[redacted]	Vice-président(e), personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique
[redacted]	Secrétaire, personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique
[redacted]	Personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique
[redacted]	Personne provenant de la collectivité desservie par le Cégep, mais n'y étant pas affiliée.

Certificat n° CER2017-06 - émis le 22 mars 2017



[redacted], président(e)

Annexe G : Approbation par le comité éthique de l'Université de Montréal



Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

11 mai 2017

Madame Anne-Marie Tessier
Candidate à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières

OBJET: Approbation éthique

Mme Anne-Marie Tessier,

Le *Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)* a étudié le projet de recherche intitulé « Exploration de l'arrimage des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec, durant un programme complémentaire en milieu collégial. » et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CPER tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

[Redacted signature]

[Redacted name]

Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER)
Université de Montréal

JP/RS/rs
c.c. Gestion des certificats, BRDV

[Redacted contact information]

p.j. Certificat CPER-17-045-D

adresse postale
3744 Jean-Brillant, B-430-8
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896
cper@umontreal.ca

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPEP), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.


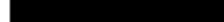
Projet	
Titre du projet	Exploration de l'arrimage des nouveaux savoirs infirmiers aux savoirs antérieurs chez des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec, durant un programme complémentaire en milieu collégial.
Étudiante requérant	Anne-Marie Tessier Candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	--
Titre de l'octroi si différent	--
Numéro d'octroi	--
Chercheur principal	--
No de compte	--
Approbation reconnue	
Approbation émise par	non
Certificat:	s.o.

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CPEP qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPEP.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CPEP.



Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

11 mai 2017
Date de délivrance

1 juin 2018
Date de fin de validité

Annexe H : Formulaire d'information et de consentement des participantes



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« EXPLORATION DE L'ARRIMAGE DES NOUVEAUX SAVOIRS INFIRMIERS AUX SAVOIRS ANTÉRIEURS CHEZ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DIPLÔMÉS HORS QUÉBEC, DURANT UN PROGRAMME COMPLÉMENTAIRE EN MILIEU COLLÉGIAL »

Étudiante-Chercheur **Anne-Marie Tessier**
Étudiante à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Directrice de recherche **Jacinthe Pepin**
Infirmière, Ph.D, professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Ce projet n'est pas financé par un organisme.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à explorer comment des infirmières et infirmiers diplômés hors Québec (IDHQ) intègrent les nouveaux savoirs appris dans le cadre d'un programme d'intégration aux savoirs acquis hors Québec, en particulier pour l'atteinte du niveau exigé de la compétence : « Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie » ?

2. Participation à la recherche

Puisque vous êtes une infirmière ou un infirmier diplômé(e) hors Québec, votre participation à l'étude est importante pour nous. Elle consiste à prendre part à une entrevue de groupe (6 à 8 personnes) avec l'étudiante-chercheuse pour explorer l'arrimage que vous faites entre ce que vous apprenez dans votre programme et ce que vous aviez appris en soins infirmiers dans votre pays de formation. L'entrevue de groupe débutera par la réponse à un court questionnaire sociodémographique. L'entrevue durera de 60 à 90 minutes, et sera enregistrée sur une bande audio-numérique pour permettre une retranscription fidèle et conforme à vos propres expériences, sans vous identifier. L'enregistrement et la transcription ne

serviront qu'aux fins de la recherche. Les entrevues de groupe se feront en dehors des heures de cours et selon les heures ouvrables de la bibliothèque du cégep. Un local fermé sera réservé à la bibliothèque.

3. Risques et inconvénients

Vous ne courrez aucun risque particulier à participer à l'étude. Vos propos sont confidentiels. En aucun cas vos enseignantes ne sauront ce que vous avez partagé. Il n'y aura donc aucun préjudice dans votre cheminement scolaire, ni dans vos évaluations.

Il nous importe de comprendre votre expérience d'apprentissage et d'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs appris avant le programme. Nous ne désirons pas explorer d'autres sujets que les apprentissages, en prenant le contexte « Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie ». Si un éloignement du thème se produit, l'étudiante-chercheuse ramènera la conversation vers le thème du projet de recherche. Toutefois, il est possible que pour certaines d'entre vous, le fait de vous exprimer sur vos expériences cause un inconfort au plan émotionnel. Si vous en sentez le besoin, l'étudiante-chercheuse pourra vous diriger vers des ressources adaptées, tel le service d'aide psychologique aux étudiants du cégep ou à d'autres services tels que :

La maisonnée qui offre une écoute et un soutien psychosocial ainsi qu'un accompagnement aux divers immigrants. Adresse : 6865 Christophe Colomb, Montréal, H2S 2H3. Téléphone : (514) 271 35-33. Courrier : info@laisonnee.org

L'Hirondelle qui offre l'accompagnement d'intervenants sociaux; des étudiants immigrants peuvent connaître cette ressource, pour y avoir suivi quelques ateliers à leur arrivée au Québec. Adresse : 4652, rue Jeanne-Mance, 2e et 3e étages, Montréal (Québec), H2V 4J4. Téléphone : (514) 281-2038. Courrier : administration@hirondelle.qc.ca

Le CIUSSS du centre Sud de l'île de Montréal, dont [REDACTED] [REDACTED] 155 Boulevard Saint-Joseph Est, Montréal, H2T 1H4. Téléphone : (514) 593 20-44.

Le fait de participer ou non à cette étude n'aura aucun impact sur vos stages ou sur votre formation.

4. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage particulier à participer à ce projet. Cependant votre participation à l'étude vous donnera l'opportunité de discuter de vos expériences antérieures et présentes en tant qu'étudiantes infirmières diplômées hors Québec. Votre participation permettra de faire avancer les connaissances en sciences infirmières, particulièrement en formation et intégration professionnelle des IDHQ. Nous espérons que cette étude permettra de susciter un intérêt pour les apprentissages que vous faites et mettront en lumière des recommandations pour soutenir la réussite dans les programmes d'intégration collégiaux en soins infirmiers.

5. Confidentialité

Il vous est demandé en tout temps, de ne pas divulguer les propos émis ou entendus durant l'entrevue de groupe. Les renseignements recueillis demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. De plus, vous aurez choisi un nom fictif et seule l'étudiante-chercheuse et les participants le connaîtront. Une assistante soumise aux mêmes règles de confidentialité sera présente pour aider à la prise de notes.

Les données brutes (transcription des enregistrements audio et journal de bord de l'étudiante-chercheuse) seront conservées sous clef seule l'étudiante-chercheuse y aura accès. Elles seront conservées pour une période de sept ans avant d'être détruites. Les enregistrements audio seront conservés jusqu'à la fin de l'étude uniquement, par mesure de prévention, pour le cas où une transcription aurait été détruite par erreur et afin de ne pas avoir à revenir auprès des participants. Aucun autre usage ne sera fait des enregistrements audio. Les données qui ne contiennent aucune identification serviront au mémoire de maîtrise de l'étudiante chercheuse. Elles pourront aussi servir à des fins de publication ou de communication dans des congrès scientifiques sans que votre identité ne soit divulguée.

6. Compensation

Pour vous remercier de votre participation, un coupon cadeau (valeur de 20.00\$) vous sera remis à la fin de l'entrevue de groupe. Ce coupon de remerciement est sous la forme d'une carte cadeau à échanger dans un magasin d'alimentation à grande surface.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche (même durant une entrevue) sur simple avis verbal ou écrit, sans devoir justifier votre décision. Votre retrait n'entraînera aucune conséquence pour vous et vos études. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez simplement communiquer avec l'étudiante chercheuse selon les coordonnées citées ci-dessous, un simple avis verbal suffit.

Vous avez également le droit de refuser de répondre à certaines questions que ce soit durant l'entrevue de groupe ou dans le questionnaire sociodémographique.

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

8. Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

9. Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter : Anne-Marie Tessier, infirmière, étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Téléphone : [REDACTED] ou avec Madame Jacinthe Pepin, infirmière, Ph.D, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Téléphone : [REDACTED]).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER) de l'Université de Montréal. Numéro de projet : CPÉR-17-045-D.

Courriel: cper@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 1896

Site Web: www.cper.umontreal.ca

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Courriel : ombudsman@umontreal.ca.

Vous pouvez également contacter le comité d'éthique de la recherche du cégep [REDACTED] :



Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Une copie du formulaire d'information et de consentement signé m'a été remise.

Prénom et nom du participant
(Caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Annexe I : Entente de confidentialité

1

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Cette recherche est faite par Anne-Marie Tessier, infirmière, étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Téléphone : [REDACTED] [REDACTED] sous la direction de Madame Jacinthe Pepin, infirmière, Ph.D, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Téléphone : [REDACTED] [REDACTED]

Il m'a été expliqué que :

Le but de la recherche est d'explorer chez les IDHQ en cours d'apprentissage, l'arrimage des nouveaux savoirs aux savoirs antérieurs nécessaires à la pratique infirmière *auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.*

Pour réaliser cette recherche, des entrevues seront réalisées avec des infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) inscrites au programme d'intégration en soins infirmiers, dans un milieu collégial, au Québec. Par la signature d'un formulaire de consentement écrit la personne qui sera présente aux entrevues dans le but d'assister l'étudiante chercheuse dans les entrevues semi-dirigées de groupe *focus groups* s'engage à assurer la confidentialité des données recueillies.

Dans le cadre de mon implication dans la réalisation de cette recherche, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement et je m'engage :

- À assurer la confidentialité des sources de données, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
- À assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
- À ne pas conserver de copie des documents contenant ce projet et une fois ce dernier terminé.
- À ne pas discuter de ce projet avec d'autres personnes que et du contenu des entrevues.

Je, soussigné(e), _____ m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

Personne impliquée dans la réalisation de la recherche Date

Responsable de la recherche Date