

Université de Montréal

**Le développement de l'autonomie professionnelle d'infirmières nouvellement diplômées  
sur une unité de soins intensifs**

par Émilie Daigle

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade  
de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières  
(option formation)

Avril 2019

© Émilie Daigle, 2019

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Le développement de l'autonomie professionnelle d'infirmières nouvellement diplômées  
sur une unité de soins intensifs**

Présenté par

Émilie Daigle

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Caroline Arbour

Présidente du jury

Louise Boyer

Directrice de recherche

Louise-Andrée Brien

Co-directrice

Johanne Déry

Membre du jury

## Résumé

La transition du milieu académique au milieu clinique vécue difficilement par les infirmières nouvellement diplômées intégrées sur les unités de soins intensifs a été maintes fois documentée. La pratique professionnelle autonome est, notamment, une des difficultés partagées par les infirmières nouvellement diplômées intégrées sur ces unités. Cette étude a pour but d'explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées dans un contexte d'intégration, ayant une structure de programme de résidence infirmier, sur une unité de soins intensifs. Les programmes de résidence infirmiers sont des programmes d'intégration développés pour faciliter les expériences de transition des infirmières nouvellement diplômées. Dans ces programmes, le profil de compétences cliniques qui permet d'évaluer le développement des compétences peut se baser principalement sur l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées. Rares sont les études sur le développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées. Comme cadre conceptuel, un modèle prenant appui à la fois sur le modèle des niveaux de développement de la compétence infirmière de Benner (1982), sur l'approche d'évaluation des compétences de Tardif (2006) et sur la définition de l'autonomie professionnelle telle que suggérée par Létourneau (2017) est proposé. Pour la réalisation de cette étude qualitative exploratoire descriptive, des entretiens individuels semi-structurés ont permis de collecter les données auprès d'infirmières nouvellement diplômées (n=6) alors que des préceptrices (n=4) ont partagé leurs perceptions au cours de groupes de discussion. L'analyse de contenu de Van der Maren (1996) a été utilisée pour l'analyse des données. Les résultats de cette étude réalisée dans un contexte de soins critiques portent sur le début de carrière difficile des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs, une définition de l'autonomie professionnelle et les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées. Les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées et la définition de l'autonomie professionnelle ont été mis en relation dans une carte conceptuelle schématisant le concept à l'étude. En regard de ces résultats, des retombées sont proposées pour la pratique, la recherche, la formation et la gestion en sciences infirmières.

**Mots-clés :** infirmières nouvellement diplômées, développement de l'autonomie professionnelle, transition dans la pratique professionnelle, unité de soins intensifs, préceptrices.

## Abstract

The barriers in transition-to-practice for newly graduated nurses on intensive care units has been well documented. Independent professional practice is, in particular, one of the barriers shared by newly graduated nurses integrating an intensive care unit. This research aims to explore the perceptions of newly graduated nurses and preceptors regarding the professional autonomy development of the newly graduated nurses in a nursing residency program on intensive care units. Nursing residency programs were developed in order to facilitate transition-to-practice of newly graduated nurses. In these programs, the evaluation that assesses clinical competence development can be primarily based on the newly graduated nurse's autonomy. However, few studies focus on the development of professional autonomy of newly graduated nurses. As study framework, a model that includes Benner's stages of clinical competence (1982), Tardif's competency assessment approach (2006) and a definition of professional autonomy as suggested by Létourneau (2017) is proposed. By conducting a descriptive exploratory study, semi-structured individual interviews collected the data from newly graduated nurses (n=6), while preceptors (n= 4) shared their perceptions during focus groups. Content analysis by Van der Maren (1996) was used for data analysis. The results include the barriers encountered in the early career of the newly graduated nurses in critical care setting, a definition of professional autonomy and the influences of the newly graduated nurses' professional autonomy development. The influences of the newly graduated nurses' professional autonomy development and the definition of professional autonomy have been linked in a concept map. Considering these findings, implications for practice, research, education and management in nursing were made.

**Keywords :** newly graduated nurses, professional autonomy development, professional transition-to-practice, intensive care unit, preceptors.

## Table des matières

|   |      |
|---|------|
| Résumé.....   | i    |
| Abstract.....   | iii  |
| Table des matières.....   | iv   |
| Liste des tableaux.....   | vii  |
| Liste des figures.....  | viii |
| Liste des abréviations.....   | ix   |
| Remerciements.....  | x    |
| Problématique de recherche.....   | 1    |
| But de la recherche.....  | 4    |
| Questions de recherche.....   | 4    |
| Cadre conceptuel.....   | 4    |
| Recension des écrits.....   | 8    |
| Stratégie de recherche documentaire.....  | 8    |
| Le développement de l'autonomie professionnelle.....  | 9    |
| Les définitions du concept de l'autonomie professionnelle.....  | 9    |
| Les facteurs d'influence du développement de l'autonomie professionnelle. ..                                | 10   |
| Les conséquences du développement de l'autonomie professionnelle. ....                                      | 11   |
| Les programmes de résidence infirmiers.....   | 12   |
| Les programmes d'intégration.....   | 12   |
| Le développement des programmes de résidence infirmiers.....  | 14   |
| Le programme de résidence infirmier au Québec.....  | 17   |
| Les difficultés vécues par les infirmières nouvellement diplômées.....                                      | 19   |
| Les difficultés vécues par les infirmières nouvellement diplômées sur les unités<br>de soins intensifs..... | 21   |
| Le préceptorat sur les unités de soins intensifs.....   | 22   |
| Méthodologie.....   | 25   |
| Devis de recherche.....   | 25   |
| Milieu de l'étude.....  | 25   |
| Participant·es à la recherche.....  | 26   |

|   |    |
|---|----|
| Infirmières nouvellement diplômées. ....  | 26 |
| Préceptrices. ....  | 26 |
| Recrutement des participantes .....   | 27 |
| Infirmières nouvellement diplômées. ....  | 27 |
| Préceptrices. ....  | 28 |
| Collecte de données .....   | 29 |
| Entretiens individuels semi-structurés (infirmières nouvellement diplômées). .... | 29 |
| Groupes de discussion (préceptrices). ....  | 30 |
| Journal de bord. ....   | 31 |
| Analyse des données .....   | 31 |
| Segmentation et codage. ....  | 32 |
| Examen descriptif des codes et des données. ....                                  | 33 |
| Catégorisation. ....  | 33 |
| Hiérarchisation et connexions en réseaux. ....                                    | 33 |
| Conceptualisation et modélisation. ....   | 33 |
| Retour avec les participantes. ....   | 34 |
| Critères de rigueur scientifique .....  | 34 |
| Considérations éthiques .....   | 36 |
| Résultats .....   | 38 |
| Profil des participantes .....  | 38 |
| Infirmières nouvellement diplômées. ....  | 38 |
| Préceptrices. ....  | 38 |
| Résultats de l'étude .....  | 39 |
| Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées. ....     | 39 |
| Définitions de l'autonomie professionnelle. ....                                  | 42 |
| Facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle. ....        | 45 |
| Modélisation des résultats par carte conceptuelle .....                           | 52 |
| Discussion .....  | 56 |
| Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées .....     | 56 |
| Définitions de l'autonomie professionnelle .....                                  | 57 |
| Facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle .....        | 61 |

|   |     |
|---|-----|
| Confiance en soi des infirmières nouvellement diplômées. ....   | 61  |
| Demander de l'aide. ....  | 66  |
| Influence du contexte. ....   | 67  |
| Forces et limites de l'étude .....  | 67  |
| Implications pour la discipline infirmière .....  | 69  |
| Conclusion .....  | 72  |
| Références.....   | 73  |
| Appendice A - Stratégie de recherche documentaire.....  | 82  |
| Appendice B - Lettre d'invitation pour participer à la recherche .....  | 83  |
| Appendice C - Scripts téléphoniques et de courriels (infirmières nouvellement diplômées)...                   | 84  |
| Appendice D - Scripts téléphoniques et de courriels (préceptrices).....                                       | 89  |
| Appendice E - Questionnaire de données sociodémographiques (infirmières nouvellement diplômées).....          | 95  |
| Appendice F - Questionnaire de données sociodémographiques (préceptrices) .....                               | 96  |
| Appendice G - Formulaire d'information et de consentement (infirmières nouvellement diplômées).....           | 97  |
| Appendice H – Guide pour les entretiens individuels semi-structurés (infirmières nouvellement diplômées)..... | 104 |
| Appendice I - Formulaire d'information et de consentement (préceptrices).....                                 | 105 |
| Appendice J - Guide pour les groupes de discussion (préceptrices).....  | 112 |
| Appendice K – Lexique de codes .....  | 113 |
| Appendice L - Exemple de catégories et de codes .....   | 115 |
| Appendice M - Thèmes, catégories et codes retenus de l'analyse des données .....                              | 116 |
| Appendice N – Conclusions des analyses pour le retour avec les participantes.....                             | 132 |
| Appendice O - Certificat d'éthique.....   | 137 |



## Liste des tableaux

|            |  |     |
|------------|--|-----|
| Tableau 1  | Nombre d'articles pertinents conservés.....                                  | 82  |
| Tableau 2  | Lexique de codes.....  | 113 |
| Tableau 3  | Exemple de catégories et leurs codes associés.....                           | 115 |
| Tableau 4  | Thèmes, catégories et codes retenus (infirmières nouvellement diplômées)...  | 116 |
| Tableau 5  | Thèmes, catégories et codes retenus (préceptrices).....                      | 128 |
| Tableau 6  | Résumé des analyses présentées aux infirmières nouvellement diplômées.....   | 132 |
| Tableau 7  | Résumé des analyses présentées aux préceptrices.....                         | 134 |
| Tableau 8  | Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées..... | 41  |
| Tableau 9  | Définitions de l'autonomie professionnelle.....                              | 44  |
| Tableau 10 | Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle.....     | 51  |
| Tableau 11 | Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle.....   | 51  |

## Liste des figures

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Figure 1. | Proposition d'un modèle sur le développement de l'autonomie professionnelle de l'infirmière inspiré de Létourneau (2017), Tardif (2006) et Benner (1982) ..... | 7  |
| Figure 2. | Carte conceptuelle présentant une modélisation des résultats .....   | 55 |
| Figure 3. | Éléments relatifs aux définitions de l'autonomie professionnelle en relation avec le cadre conceptuel de la recherche.....                                     | 61 |

## Liste des abréviations

|          |   |
|----------|---|
| AACN/UHC | <i>American Association of Colleges of Nursing / University HealthSystem Consortium</i> |
| ACLS     | <i>Advanced Cardiovascular Life Support</i>   |
| AIIC     | Association des infirmières et infirmiers du Canada                                     |
| CEPI     | Candidate à l'exercice de la profession infirmière                                      |
| IND      | Infirmière nouvellement diplômée  |
| MSSS     | Ministère de la Santé et des Services sociaux   |
| OIIQ     | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec   |
| PRI      | Programme de résidence infirmier  |
| TNCC     | <i>Trauma Nurse Core Course</i>   |

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice et ma codirectrice, madame Louise Boyer et madame Louise-Andrée Brien, sans qui mon mémoire n'aurait jamais vu le jour. Mesdames, merci d'avoir cru en moi et en mon projet de mémoire. Vous m'avez accompagnée et soutenue tant professionnellement que personnellement tout au long de ce parcours. Merci pour les nombreuses lectures que vous avez faites, les rétroactions enrichissantes que vous avez apportées et les réflexions que vous avez posées. Merci pour votre disponibilité, votre rigueur, et votre encadrement exceptionnel. Vous avez formé une équipe formidable et j'ai été choyée d'avoir été dirigée par vous deux, merci.

Avec un soutien financier, la réalisation de la maîtrise devient plus facile. Je tiens à remercier l'Équipe FUTUR, la Fondation de l'Institut de cardiologie de Montréal et le Groupe Banque TD ainsi que l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour le soutien financier offert qui m'a permis d'atteindre mes objectifs fixés.

Merci également aux personnes-ressources de l'établissement où s'est déroulée l'étude. Je tiens à remercier personnellement madame Stéphanie Dollé qui a été une ressource inestimable pour la réalisation de la recherche. Je remercie également les participantes à la recherche qui ont partagé généreusement leurs points de vue enrichissants sur le développement de l'autonomie professionnelle.

Catherine Pépin, merci d'avoir partagé avec moi mes joies et surtout, mes angoisses. Merci d'avoir été présente auprès de moi pendant ma maîtrise. Merci d'avoir pris du temps pour lire et relire mon mémoire. Et surtout, merci de m'avoir poussée en dehors de mes limites.

Merci à mes amies précieuses pour votre soutien, vos encouragements et votre compréhension. Je suis consciente de ne pas avoir été l'amie la plus disponible. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre présence. Merci également à mes collègues qui m'ont accompagnée tout au long de ce parcours. Votre foi en ma réussite m'a poussée à continuer jusqu'au bout.

Évidemment, un énorme merci à mes parents. Les derniers temps ont été difficiles, mais votre résilience et votre force de caractère m'ont appris à ne jamais lâcher. Je crois que c'est la

plus belle chose que des parents puissent enseigner à leurs enfants. Merci d'être présents pour moi. Merci également, à ma sœur, Laurence. Tu m'inspires par les nombreux projets que tu entreprends.

Merci aussi à ma belle-famille. Vous êtes toujours présents pour m'encourager et me faire sourire. Merci pour votre écoute ainsi que pour votre aide qui n'a jamais failli à mon endroit.

Finalement, Louis-Charles, mon mari. Merci infiniment pour ton soutien indéfectible, pour ton amour, pour ton esprit critique, pour tes sacrifices et pour ta patience. Merci de m'avoir poussée dans ce projet qu'est la maîtrise, mais surtout, merci de m'avoir encouragée jusqu'au bout. Merci d'avoir enduré mes humeurs parfois difficiles et mes questionnements existentiels. Merci d'avoir cru en moi. Une énorme partie de mon travail te revient. Je t'aime.

## Problématique de recherche

Lors du passage du rôle d'étudiante<sup>1</sup> à celui de professionnelle de la santé, plusieurs auteurs, depuis plusieurs décennies, s'entendent pour dire que la transition vécue par les infirmières nouvellement diplômées (IND) est, à la fois, stimulante et stressante (DeGrande, Liu, Greene et Stankus, 2018; Duchscher, 2008; Fink, Krugman, Casey et Goode, 2008; Kramer, 1974; Ten Hoeve, Kunnen, Brouwer et Roodbol, 2018). Ce stress vécu par les IND est perçu plus fortement lors des six premiers mois de leur carrière (Volny, Michaud et Jetté, 2016). Il est lié au manque de confiance en soi, aux attentes irréalistes à propos de la profession infirmière et au manque de soutien lors de leur transition dans la profession (Volny et al., 2016). De plus, les IND mentionnent ne pas se sentir confiantes ni compétentes pour une pratique professionnelle autonome (Casey, Fink, Krugman et Propst, 2004; Cheeks et Dunn, 2010; Clark et Holmes, 2007; Fink et al., 2008; Oermann et Garvin, 2002). Elles ont également peur de faire des erreurs étant donné l'augmentation du nombre de patients à leur charge (Oermann et Garvin, 2002). Ainsi, l'autonomie dans la pratique est appréhendée par les IND dès le début de leur pratique professionnelle et fait partie intégrante des difficultés liées à la transition. Le stress et les difficultés vécues par les IND peuvent entraîner des incidences négatives au bien-être de celles-ci (Volny et al., 2016). De ce fait, plusieurs IND considèrent quitter la profession dès les premiers mois de leur pratique clinique. On dénote que 50% des IND ont déjà envisagé démissionner dans leur première année de pratique, tout domaine de pratique clinique confondu (Rhéaume, Clément et LeBel, 2011). La diminution de la rétention des IND a pour conséquence de diminuer la qualité et la sécurité des soins offerts à la clientèle hospitalisée (Andrews, 2013; Patterson, Bayley, Burnell et Rhoads, 2010), en plus d'augmenter les dépenses budgétaires organisationnelles en remplacement de personnel (O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010). On estime que la démission d'une infirmière représente des coûts pouvant s'élever jusqu'à 25 000\$ en dépenses pour la formation et l'intégration d'une infirmière (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009).

Les transitions difficiles concernent également les IND intégrées sur les unités de soins intensifs. Considérées comme une des unités de soins du domaine des soins critiques, les unités

---

<sup>1</sup> L'utilisation du féminin a été privilégiée afin d'alléger le contenu du texte.

de soins intensifs sont à la fois stimulantes, mais bruyantes et où les stimuli sont incessants (St-Pierre, Alderson et St-Jean, 2010). Depuis les 20 dernières années, on dénote une augmentation de plus de 80% des lits disponibles pour faire face aux besoins organisationnels des unités de soins intensifs (Sibbald, Downar et Hawryluck, 2007). Depuis 2007, les unités de soins intensifs sont ciblées comme un des domaines de pratique où les besoins en main-d'œuvre infirmière sont substantiels (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2007). Ainsi, afin de pallier ces demandes, les organisations visent l'intégration rapide des IND dans les unités de soins intensifs (McCalla-Graham et De Gagne, 2015).

Outre les difficultés énoncées plus haut, plusieurs écrits empiriques dénotent d'autres difficultés vécues spécifiquement par les IND intégrées sur les unités de soins intensifs (Fiedler, Read, Lane, Hicks et Jegier, 2014; McCalla-Graham et De Gagne, 2015; O'Kane, 2012). En effet, ces IND mentionnent qu'elles manquent d'habiletés pour gérer l'augmentation des responsabilités professionnelles, comme la prise en charge d'un patient hospitalisé sur une unité de soins intensifs (McCalla-Graham et De Gagne, 2015). De plus, l'adaptation à l'environnement est difficile pour les IND puisqu'elles se retrouvent à travailler avec des technologies dont l'utilisation représente un défi en soi (O'Kane, 2012). De ces difficultés résultent de l'insatisfaction au travail puis une diminution de la rétention pour les IND intégrées dans les unités de soins intensifs (Fiedler et al., 2014).

Avec les années, des interventions ont été priorisées auprès des IND de tous les milieux de soins pour améliorer leurs expériences de transition (Barnett, Minnick et Norman, 2014; Cosme, 2015). Des programmes d'intégration de plusieurs types, soit des programmes d'orientation et de préceptorat, ont tout d'abord été développés aux États-Unis pour faciliter la transition des IND dans diverses unités de soins, dont les unités de soins intensifs (Barnett et al., 2014). Puis, les gestionnaires ont été fortement conseillés d'implanter des programmes de résidence infirmiers (PRI) afin de faciliter la transition dans la pratique des IND en offrant une formation complète sur le développement des habiletés cliniques et le développement professionnel (Cosme, 2015). On retrouve, à ce jour, des PRI à travers les États-Unis pour former les infirmières débutantes dans des domaines variés, soit, par exemple, dans les unités de pédiatrie, d'obstétrique et de soins intensifs.

Au Québec, c'est à la suite d'incidences positives de ces PRI qu'un centre hospitalier universitaire tertiaire de référence en traumatologie de Montréal a mis sur pied, en 2008, un PRI aux unités des soins intensifs, soit l'unité de soins intensifs et l'unité de soins intermédiaires (Bérubé, Touchette et Brien, 2008). D'une durée d'un an, ce PRI combine plusieurs stratégies pédagogiques, dont des activités de démarche réflexive, des cours théoriques, des simulations cliniques et de la pratique clinique supervisée. La pratique clinique supervisée est réalisée par une préceptrice avec laquelle l'IND est jumelée pendant la première moitié du PRI. La préceptrice détient un rôle crucial dans l'intégration des IND sur les unités de soins. La préceptrice guide, observe et évalue le développement des compétences cliniques des IND lors de la prise en charge de patients hospitalisés (Garneau, 2012). Des activités de suivi de l'intégration des IND sont réalisées par la conseillère-cadre en soins infirmiers responsable du PRI. Au cours de ces suivis, les IND sont invitées à remplir un document réflexif contenant une grille d'autoévaluation sur les apprentissages réalisés et le développement de leurs compétences.

Un profil de compétences cliniques est utilisé par les préceptrices et la conseillère-cadre en soins infirmiers afin d'évaluer le développement des compétences cliniques des IND à travers leur progression dans le PRI. Ce profil de compétences cliniques se base principalement sur le développement de l'autonomie professionnelle de l'IND. Au terme du PRI, les préceptrices évaluent le niveau de diverses compétences des IND, sur cinq niveaux allant de « demande beaucoup de soutien et de stimulation dans l'atteinte de l'objectif » à « est autonome dans l'atteinte de l'objectif ».

Cependant, rares sont les études qui portent sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND, particulièrement lors de leur intégration sur les unités de soins intensifs. La plupart des écrits recensés présentent le concept de l'autonomie au sens large. L'autonomie professionnelle, quant à elle, est souvent associée à la pratique professionnelle autonome (Clark et Holmes, 2007; Kramer et Schmalenberg, 2008) ou à l'indépendance professionnelle (Ortiz, 2016; Schumacher, 2007), qui sont davantage liées aux actes réservés professionnels qu'au développement de compétences. Aux soins intensifs, le développement de l'autonomie professionnelle des IND est d'autant plus ardu à définir car la collaboration intra et interprofessionnelle et le soutien y sont omniprésents.



Le concept d'autonomie professionnelle est un concept difficile à définir et à en saisir la portée (Varjus, Leino-Kilpi et Suominen, 2011). Considérant que les PRI semblent favoriser le développement de l'autonomie professionnelle des IND et que dans le contexte où se déroule la présente étude, le niveau de compétences de l'IND est évalué par le développement de l'autonomie professionnelle, il serait intéressant d'explorer ce qui est défini comme étant le concept de l'autonomie professionnelle selon les IND et les préceptrices. La présente étude vise la production de connaissances sur la perception d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle dans un contexte de PRI.

### **But de la recherche**

Le but de la recherche est d'explorer les perceptions d'IND et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND aux unités de soins intensifs dans un programme d'intégration.

### **Questions de recherche**

Les questions de recherche sont :

- Comment des IND et des préceptrices d'unités de soins intensifs conçoivent-elles l'autonomie professionnelle dans un programme d'intégration?
- Comment des IND perçoivent-elles le développement de leur autonomie professionnelle dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?
- Comment des préceptrices perçoivent-elles le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?

### **Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel de cette recherche est une proposition de modèle qui prend appui à la fois sur le modèle des niveaux de développement de la compétence infirmière de Benner (1982), sur l'approche d'évaluation des compétences de Tardif (2006) et sur la définition de l'autonomie professionnelle telle que proposée par Létourneau (2017). Cette définition de l'autonomie professionnelle est celle de la syndique de l'OIIQ qui, dans sa chronique

déontologique, définit le concept comme : « une valeur de notre profession se traduisant par la capacité de prendre des décisions dans l'intérêt du client, en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte » (Létourneau, 2017).

La Figure 1, présentée à la fin du chapitre, illustre la proposition du cadre conceptuel où on y voit, en son centre, la définition de l'autonomie. Dans le développement de l'autonomie professionnelle, la prise de décision est réalisée en toute objectivité, indépendance, imputabilité et reddition de compte. Ces termes n'étant pas définis par Létourneau (2017) ont toutefois été définis par d'autres auteurs. Définie par Mcallister et Rose (2000) comme étant le résultat d'une décision et le résultat du raisonnement clinique infirmier, la prise de décision doit être réalisée en toute objectivité. L'objectivité dans la prise de décision est guidée par l'évaluation initiale faite et des données recueillies quant à la situation de santé du patient (Bucknall, 2000). L'article 21 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers spécifie qu'en tout temps, l'infirmière doit prendre des décisions de façon indépendante sans qu'une intervention d'une tierce personne vienne influencer la décision prise dans l'intérêt du patient (OIIQ, 2015). L'imputabilité et la reddition de compte se définissent par la responsabilité de l'infirmière de ses propres décisions et actions tout en étant en mesure d'en rendre compte au patient, à son employeur et à son ordre professionnel (Phillips, s.d.). Nécessairement, la prise de décision sollicite des compétences cliniques infirmières, par exemple, « exercer un raisonnement clinique infirmier » et « agir avec professionnalisme »ff.

Le concept de compétence est défini par Tardif (2006) comme étant : « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). Pour Tardif (2006), la compétence est décrite comme étant un concept ayant plusieurs caractéristiques : intégratrice, combinatoire, contextuelle, évolutive et développementale. Une compétence intègre et combine plusieurs ressources, soit internes et externes (Tardif, 2006). Les ressources sont, entre autres, des savoirs, savoir-faire et savoir-être. Le caractère contextuel de la compétence appuie le fait que la compétence s'exerce en action, dans un contexte de soins par exemple. De plus, la compétence évolue en ce sens que de nouvelles ressources peuvent s'y ajouter sans pour autant modifier la nature de la compétence (Tardif, 2006). Finalement, l'auteur

spécifie également qu'une compétence est en développement continu. Ce développement débute avec la formation initiale et se poursuit tout au long de la carrière professionnelle (Tardif, 2006).

Dans la présente étude, le développement des compétences infirmières est décrit par les cinq niveaux de Benner (1982), soit novice, débutante, compétente, performante et experte. L'infirmière « novice » est considérée comme une étudiante en cours de formation initiale en soins infirmiers (Benner, 1982). L'infirmière « novice » ne se base que sur ses expériences de stage en pratique clinique; elle utilise les connaissances acquises dans les cours théoriques et pratiques et ce sont des règles strictes qui guident ses actions, mais elle peut également être une infirmière qui intègre une nouvelle unité de soins et qui ne connaît pas le type de clientèle, les physiopathologies ou le matériel à utiliser dans son nouvel environnement de travail (Benner, 1982). L'infirmière « débutante », quant à elle, réalise la transition entre le statut d'étudiante en soins infirmiers et celui d'infirmière (Benner, 1982). Elle fonctionne bien à l'aide de listes qui lui donnent une marche à suivre précise, mais elle a de la difficulté à établir des priorités lors des situations de soins plus complexes (Benner, 1982). Lors de la recherche, l'étudiante-chercheuse a considéré les IND à ce niveau de développement des compétences. Selon Benner (1982), l'infirmière « compétente » commence à maîtriser ses actions et à être de plus en plus efficace dans son organisation au travail (Benner, 1982). Son plan de travail est fondé sur une analyse consciente du problème (Benner, 1982). Elle travaille sur la même unité de soins depuis deux à trois ans. L'infirmière « performante » perçoit, quant à elle, les situations comme étant des ensembles et non comme des aspects isolés (Benner, 1982). Ses décisions sont prises de façon rapide et les priorités sont clairement identifiées et justifiées (Benner, 1982). L'infirmière « performante » anticipe, par expérience, les événements susceptibles de se produire dans une situation précise (Benner, 1982). L'infirmière « experte » quant à elle répond aux situations de façon intuitive et appréhende directement les problèmes (Benner, 1982). Elle choisit ses actions à poser selon des processus d'analyse complexe (Benner, 1982). Pour participer à l'étude, l'étudiante-chercheuse a considéré que les préceptrices sollicitées devaient être au moins de niveau « compétente » selon les niveaux de développement des compétences de Benner (1982).

L'évaluation des compétences doit prendre en compte le niveau de développement, mais aussi le degré d'autonomie dans le déploiement de celles-ci (Tardif, 2006). La prise en compte de l'autonomie de l'apprenant est un des neuf principes qui guident l'évaluation des

compétences (Tardif, 2006). De par ce principe, on comprend que Tardif (2006) souligne l'interinfluence entre l'autonomisation de l'apprenant et le développement de ses compétences. Ces deux concepts sont indissociables. Ainsi, le développement des compétences et l'autonomie évoluent ensemble, en parallèle, dans la progression professionnelle d'une IND.

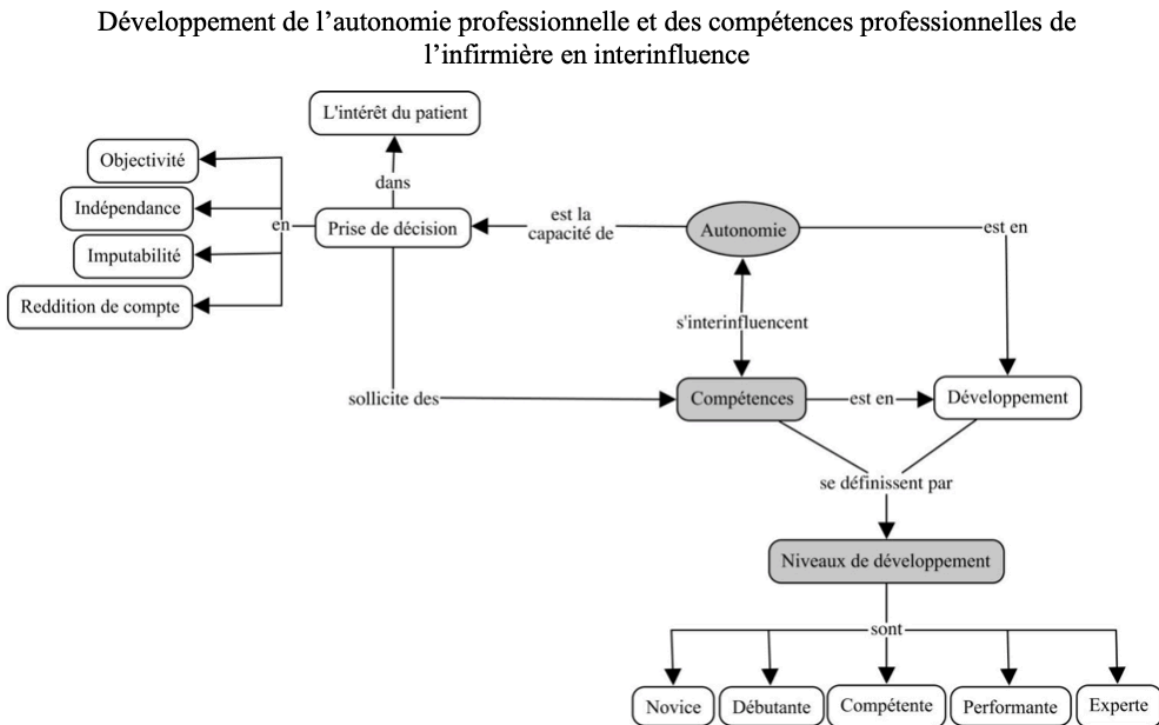


Figure 1. Proposition d'un modèle sur le développement de l'autonomie professionnelle de l'infirmière inspiré de Létourneau (2017), Tardif (2006) et Benner (1982)

## Recension des écrits

Le présent chapitre présentera la stratégie de recherche documentaire qui a été effectuée afin de recenser les écrits empiriques et théoriques qui soutiennent la problématique de recherche. Ensuite, une recension des écrits dressera un portrait sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND, les PRI, les IND intégrées sur les unités de soins intensifs et les difficultés vécues lors de leur intégration puis sur le préceptorat sur les unités de soins intensifs.

### Stratégie de recherche documentaire

La présente étude a nécessité la réalisation d'une stratégie de recherche documentaire exhaustive dans le but de documenter le problème de recherche. À partir de la problématique de recherche et du but de la recherche, des mots-clés furent identifiés. Ces mots-clés sont : développement de l'autonomie professionnelle, infirmières nouvellement diplômées, unité de soins intensifs et programme de résidence infirmier. Avec les descripteurs des bases de données utilisées, l'équation de recherche (*autonm\** OR *empower\** OR « *self-determin\** ») ((*novice* OR *new\**) N3 *nurs\**) a ensuite été utilisée dans les bases de données suivantes : *CINALH*, *Pubmed*, *Medline* et *Web of Science*. Les critères d'inclusion des écrits retenus lors de la recherche documentaire étaient davantage en lien avec la langue de publication des écrits, soit en français ou en anglais. Aucune limite concernant la date de publication n'a été mise. Avec l'équation de recherche, un total de 34 articles a été trouvé. Puis à la lecture du titre et/ou du résumé, une sélection s'est faite en fonction de la pertinence des articles. Dix articles ont été retenus à la suite de cette sélection. Des recherches supplémentaires ont été nécessaires pour bonifier la recension des écrits. Le Tableau 1 de l'Appendice A présente le nombre d'articles pertinents conservés selon l'équation de recherche et la base de données utilisée. De plus, dans la base de données *Web of Science*, la méthode « boule de neige » a permis d'ajouter d'autres articles à la recension des écrits à partir des références des articles précédemment trouvés. Grâce à ces recherches, un total de 63 articles pertinents ont été retenus pour faire état des connaissances sur les concepts à l'étude.

## **Le développement de l'autonomie professionnelle**

**Les définitions du concept de l'autonomie professionnelle.** Le développement de l'autonomie professionnelle des IND a peu été documenté dans les écrits et, à ce jour, aucun écrit n'a été recensé sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. Par ailleurs, plusieurs écrits tentent une définition du concept de l'autonomie. Le concept de l'autonomie a été étudié dans une variété de perspectives théoriques et méthodologiques (Ballou, 1998). Une analyse de concept de Ballou (1998) mentionne que l'autonomie est un concept maintes fois utilisé en sciences infirmières, mais de façon parfois inadéquate et ambiguë. Dans les écrits, l'autonomie est liée aux concepts de professionnalisme, de pouvoir, d'image, de contrôle, de responsabilités et d'indépendance (Ballou, 1998). L'auteure a analysé le concept et a pu définir les caractéristiques du concept afin de l'appliquer à un cas exemplaire. Un individu autonome :

[...] est en mesure de déterminer ses propres actions, [...] est en mesure d'agir avec compétences selon ses volontés, les actions et les décisions sont basées sur une réflexion critique, les actions et les décisions sont cohérentes avec le système de principes internes de l'[individu] et les décisions sont faites indépendamment d'un contrôle externe [traduction libre] (Ballou, 1998, p. 106).

Dworkin (1988) utilise le concept d'autonomie en évoquant les principes de justice, les limites de la liberté d'expression et la nature d'un état libre. Cette définition n'a pas été privilégiée dans la présente recherche de l'étudiante-chercheuse étant donné le caractère légal et moral de la définition. Une recension des écrits présentant les résultats de recherche de six études réalisées entre 2001 et 2007 s'intéresse à la pratique professionnelle autonome d'infirmières sur des unités de soins intensifs (Kramer et Schmalenberg, 2008). Avec les résultats des études recensées, les auteures ont défini le concept de l'autonomie comme : la liberté d'agir en fonction du bien-être du patient et la prise de décision indépendante selon les meilleures pratiques (Kramer et Schmalenberg, 2008). Ces auteures mentionnent qu'une pratique autonome est essentielle pour assurer des soins sécuritaires et de qualité. Une seconde analyse de concept a été recensée portant sur la satisfaction au travail des infirmières (Castaneda et Scanlan, 2014). Dans cet écrit, les auteurs considèrent l'autonomie comme une caractéristique de la satisfaction au travail des infirmières. Ils mentionnent que l'autonomie et la satisfaction au

travail sont positivement corrélées et que l'autonomie est elle-même liée au travail interprofessionnel, au soutien des pairs et à la confiance mutuelle entre les professionnels (Castaneda et Scanlan, 2014). Or, les définitions du concept d'autonomie des deux derniers écrits sont difficilement transférables à la présente recherche puisqu'ils traitent davantage de l'autonomie professionnelle en lien avec le champ d'exercice et les activités réservées de l'infirmière. Par exemple, dans ces articles, l'autonomie professionnelle est décrite par rapport à la relation entre l'infirmière et le médecin et le partage des activités professionnelles entre ces deux professions (Castaneda et Scanlan, 2014; Kramer et Schmalenberg, 2008). Par ailleurs, la présente étude traite de l'autonomie professionnelle de l'infirmière en termes de développement professionnel. Une recension des écrits de Varjus et al. (2011) présentent les résultats de recherche de 36 études publiées entre 1966 et 2009 sur le concept d'autonomie professionnelle des infirmières. À la lumière de cette recension des écrits, les auteurs ressortent que le concept d'autonomie professionnelle est défini de façon incohérente, c'est-à-dire que les divers auteurs ne s'entendent pas sur une définition à privilégier (Varjus et al., 2011). De plus, dans les études recensées, le concept d'autonomie professionnelle est souvent étudié avec d'autres concepts (Varjus et al., 2011). Les auteurs évoquent le manque d'études où le concept d'autonomie professionnelle est central (Varjus et al., 2011). Toutefois, dans une chronique déontologique, la syndique de l'OIIQ définit l'autonomie professionnelle comme : « une valeur de notre profession se traduisant par la capacité de prendre des décisions dans l'intérêt du client, en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte » (Létourneau, 2017). Cette dernière définition du développement de l'autonomie professionnelle est la définition privilégiée par l'étudiante-chercheuse puisqu'elle s'applique au contexte étudié par la recherche de l'étudiante-chercheuse, soit le développement de l'autonomie professionnelle de l'IND dans les unités de soins intensifs. Dans cette définition, l'autonomie de l'infirmière fait appel au rôle de l'infirmière quant à la prise de décision dans l'intérêt du patient.

**Les facteurs d'influence du développement de l'autonomie professionnelle.** Le préceptorat est identifié, par plusieurs auteurs en sciences infirmières, comme étant un facteur d'influence du développement de l'autonomie professionnelle des IND. Une étude américaine quantitative à devis prospectif transversal auprès de 69 IND a pour but d'étudier la relation entre l'expérience du préceptorat perçue par les IND, l'*empowerment* psychologique et l'autonomie

professionnelle (Watkins, Hart et Mareno, 2016). L'expérience de préceptorat positive perçue par les IND est reliée significativement et positivement à un *empowerment* psychologique et à une autonomie professionnelle lors de leur intégration dans les milieux cliniques (Watkins et al., 2016).

Une étude phénoménologique américaine explore les interactions entre dix IND et leur préceptrice lors de la période de préceptorat (Schumacher, 2007). Au moyen de journaux réflexifs des participantes et d'entretiens individuels, l'auteure dégage les interactions entre les préceptrices et les IND (Schumacher, 2007). Les IND apprécient lorsque les préceptrices prennent le temps de bien saisir leurs capacités et leur laissent une certaine autonomie dans leur pratique clinique avec une présence appropriée (Schumacher, 2007). Les IND se sentent en confiance de savoir que leur préceptrice est disponible et peut agir comme filet de sécurité en cas de besoin (Schumacher, 2007). Or, lorsque la préceptrice ne démontre pas sa présence auprès de l'IND qu'elle accompagne, l'apprentissage de cette dernière n'est pas encouragé (Schumacher, 2007). En effet, le cas échéant, les questions des IND ne sont pas répondues, des erreurs sont susceptibles de survenir et les occasions d'apprentissage sont déficientes (Schumacher, 2007). Dans une autre situation, lorsque la préceptrice est omniprésente auprès de l'IND, le développement de l'autonomie n'est pas favorisé et l'IND a l'impression de régresser dans son apprentissage (Schumacher, 2007). Selon l'auteure, cette dernière situation peut survenir lorsque plus de trois préceptrices sont jumelées à une même IND lors de son intégration au milieu de soins. Afin de favoriser le développement de l'autonomie, une IND devrait être jumelée à un maximum de deux préceptrices lors de son intégration (Schumacher, 2007).

Une autre étude phénoménologique interprétative américaine s'intéresse aux expériences de 11 préceptrices dans la prise en charge de patients instables tout en supervisant une IND intégrée sur une unité de soins intensifs (Della Ratta, 2018). L'auteure mentionne l'importance de rester près de l'IND tout en conservant une certaine distance afin de permettre à l'IND de développer la prise de décision et d'effectuer des interventions infirmières de façon indépendante dans un contexte où la situation de santé du patient est instable (Della Ratta, 2018).

**Les conséquences du développement de l'autonomie professionnelle.** Le développement de l'autonomie professionnelle peut avoir plusieurs conséquences pour les IND.



Une étude britannique vise à dresser une recension des écrits sur les expériences et les perceptions des IND lors de leur période de transition entre leur statut d'étudiante à celui d'infirmière (Higgins, Spencer et Kane, 2010). Cette revue systématique semble démontrer que l'augmentation des responsabilités professionnelles des IND qui accompagne le développement de l'autonomie professionnelle est un stress majeur pour ces infirmières (Higgins et al., 2010). D'autre part, une étude suédoise vise à établir auxquels des modèles (*patterns*) d'épuisement professionnel les IND peuvent s'identifier et quelles sont les caractéristiques individuelles des IND souffrant d'épuisement professionnel (Rudman et Gustavsson, 2011). L'étude longitudinale réalisée auprès de 997 IND conclut que le fait de ne pas se sentir prête pour une pratique infirmière autonome peut occasionner des symptômes d'épuisement professionnel (Rudman et Gustavsson, 2011). Aux États-Unis, une étude qualitative descriptive exploratoire décrit comment les 12 IND de l'étude font la gestion du manque de confiance et comment elles développent leur confiance lors de leur première année de pratique (Ortiz, 2016). Contrairement aux résultats des études précédentes (Higgins et al., 2010; Rudman et Gustavsson, 2011), les résultats de cette étude montrent que la prise de décision indépendante peut augmenter de façon considérable la confiance des IND à plus long terme (Ortiz, 2016).

### **Les programmes de résidence infirmiers**

Dans cette section de la recension des écrits, les programmes d'intégration traditionnels seront tout d'abord décrits. Par la suite, la création et le développement des programmes d'intégration de format PRI ainsi qu'une description d'un PRI implanté dans le contexte québécois seront présentés.

**Les programmes d'intégration.** Un programme d'intégration vise à faciliter la transition et l'intégration des IND dans les unités de soins et ce, dès la fin de leurs études (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec [MSSS], 2008). À travers les années, plusieurs types de programmes d'intégration ont vu le jour (MSSS, 2008). Créés dans les années 80 comme stratégie de marketing, les programmes d'intégration ont été créés pour augmenter le recrutement des IND dans les unités de soins spécialisées où la rétention était plus ardue, telles que les unités de soins intensifs (Barnett et al., 2014; Cosme, 2015), les unités de soins psychiatriques (Hartshorn, 1992) et les unités de soins neurologiques (Caroselli-Karinja, McGowan et Penn, 1988). L'ultime finalité des programmes d'intégration est de préparer les

IND à être confiantes et de prodiguer des soins de façon compétente et sécuritaire pour la clientèle hospitalisée (Barnett et al., 2014). Plusieurs écrits empiriques tentent de comparer les divers programmes d'intégration offerts pour faciliter la transition des IND sur les unités de soins (Missen, McKenna et Beauchamp, 2014; Park et Jones, 2010). Tous s'entendent pour dire que la comparaison et l'analyse de ces programmes sont particulièrement ardues puisqu'il existe de nombreuses variations dans les termes utilisés pour nommer les différents programmes (Park et Jones, 2010). En effet, deux recensions des écrits tentent de décrire les différents programmes d'intégration offerts, mais se heurtent à la pluralité des termes utilisés pour les nommer : *internship*, PRI, programme de préceptorat et programme d'orientation structuré (Missen et al., 2014; Park et Jones, 2010).

Ces auteurs remarquent que malgré leur structure semblable, les programmes d'intégration varient dans la durée et dans le choix des composantes pédagogiques (Missen et al., 2014; Park et Jones, 2010). La durée totale des programmes d'intégration peut varier entre six semaines et un an (Missen et al., 2014; Park et Jones, 2010). Jusqu'à présent, aucune étude ne suggère la durée totale idéale d'un programme d'intégration. Au Québec, bien que l'OIIQ n'ait pas donné de directives quant à la durée d'un programme d'intégration, la durée moyenne des programmes d'intégration pour les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) est entre 8 et 14 jours (OIIQ, 2016a). Or, les difficultés dans les transitions relatives au rôle professionnel surviennent jusqu'à un an après l'embauche des IND (Missen et al., 2014). Néanmoins, au Québec, tous les programmes d'intégration offrent une structure similaire ayant deux composantes principales, soit l'enseignement théorique et le préceptorat (OIIQ, 2006). L'étude quantitative canadienne de Rush, Adamack, Gordon, Janke et Ghement (2015) tente d'examiner la relation entre les composantes des programmes d'intégration et les expériences de transition des IND. Cette étude réalisée auprès de 245 IND a révélé qu'une période d'intégration de quatre semaines et plus a une corrélation positive avec les expériences de transition des IND, plus particulièrement pour la communication, le leadership et la satisfaction professionnelle (Rush et al., 2015). Dans cette étude, la période d'intégration était définie comme étant la formation générale à propos de l'organisation en début d'embauche, mais la formation spécifique en lien avec l'unité de soins à laquelle l'IND sera intégrée n'était pas considérée dans le programme d'intégration (Rush et al., 2015). Dans une autre étude

américaine, cette fois, la période d'intégration était définie comme le programme d'intégration dans son entièreté (Park et Jones, 2010). Ainsi, force est de constater que la variété des termes utilisés pour définir les programmes d'intégration et la confusion dans les écrits entourant les périodes d'intégration rendent difficile l'interprétation des différents résultats d'études.

Les chercheuses américaines Park et Jones (2010) ont produit une recension intégrative des écrits pour explorer les effets des programmes d'intégration sur la confiance, la compétence et la rétention des IND et concluent que la confiance, la compétence et la rétention des IND sont augmentées à la fin de ceux-ci. Les mêmes résultats sont conclus lorsque les IND sont intégrées dans les unités de soins spécialisées telles que les unités de soins intensifs (Missen et al., 2014; Park et Jones, 2010). En ce qui a trait à la rétention des IND, la revue systématique des écrits de Missen et al. (2014), dont le but était d'investiguer la satisfaction au travail et le niveau de confiance des IND dans leur première année de pratique, tire la même conclusion en mentionnant que la rétention des IND est augmentée de 78 à 88% grâce aux programmes d'intégration. Cependant, cette recension britannique fait mention que la satisfaction des IND tend à diminuer dans les résultats des études qui ont collecté les données après les six premiers mois de pratique des IND (Missen et al., 2014). Ce résultat serait lié au choc de la réalité vécu par les IND dans leur première année de pratique, particulièrement après quatre à six mois de pratique (Missen et al., 2014). De façon générale, les programmes d'intégration favorisent la transition des IND lors de leur intégration sur les unités de soins lorsqu'ils ont des programmes de formation aux précepteurs, un soutien aux IND et des évaluations continues faites par les gestionnaires et les responsables des programmes d'intégration (Missen et al., 2014).

Les programmes d'intégration sur les unités de soins intensifs ont souvent été développés pour répondre aux besoins d'infirmières plus expérimentées ayant un ou deux ans d'expérience sur les unités de médecine et de chirurgie (St Clair, 2013). Or, ces modèles de programmes d'intégration ne seraient plus adaptés pour répondre aux besoins complexes de la clientèle hospitalisée ni pour l'intégration des IND dans les unités de soins intensifs (Lavoie-Tremblay et al., 2002). Ainsi, ces modèles d'*internship*, d'orientation et de préceptorat plus traditionnels ne sont pas optimaux pour faciliter la transition des IND dans les unités de soins intensifs.

**Le développement des programmes de résidence infirmiers.** Aux États-Unis, avec les recommandations de l'*Institute of Medicine* (2011), les gestionnaires des milieux hospitaliers

ont été fortement conseillés d'implanter des PRI afin de faciliter la transition dans la pratique des IND dans leur première année de pratique (St Clair, 2013). Les PRI sont définis comme étant des programmes d'intégration établissant un partenariat entre le milieu académique et le milieu clinique afin de créer une expérience centrée sur l'apprentissage pour soutenir le développement des compétences des infirmières (Cosme, 2015; Institute of Medicine, 2011). Ce partenariat est essentiel puisque le milieu académique facilite le développement d'un cadre de référence pour le PRI et vise que celui-ci soit issu des résultats probants (Herdrich et Lindsay, 2006). La collaboration entre le milieu clinique et le milieu académique vise à planifier les PRI avec la pratique actuelle et d'assurer un milieu de pratique optimal pour les IND (Herdrich et Lindsay, 2006). Depuis leur création, plusieurs modèles de PRI ont vu le jour. Le plus fréquemment rencontré est celui de *l'American Association of Colleges of Nursing* développé en collaboration avec *l'University HealthSystem Consortium (AACN/UHC)* (Herdrich et Lindsay, 2006). Au fil du temps et avec l'initiative de facultés d'universités d'État, d'autres modèles, calqués de celui de l'AACN/UHC, ont vu le jour pour répondre aux besoins spécifiques des hôpitaux locaux (Barnett et al., 2014). Cependant, ces modèles de PRI ne sont pas bien définis dans les écrits. Le PRI de l'AACN/UHC propose un programme d'une durée d'un an où des cours théoriques en alternance avec de la pratique clinique supervisée sont dispensés (Barnett et al., 2014). Les cours cherchent à répondre aux besoins d'apprentissage des IND et portent sur le développement professionnel et sur les pratiques exemplaires en matière de prévention des chutes, d'administration sécuritaire de médicaments, de gestion de la douleur, de prévention et de contrôle des infections et de soins de plaies (Barnett et al., 2014). Diverses stratégies d'enseignement, soit les cours théoriques, la simulation clinique et la pratique clinique supervisée, sont déployées dans le but d'augmenter la satisfaction au travail des IND, développer les compétences cliniques, augmenter l'engagement envers l'organisation et développer des comportements de pratique professionnelle (Barnett et al., 2014). L'ultime but des PRI est de faciliter la transition des IND dans leur passage du niveau de débutante à celui d'infirmière compétente (Herdrich et Lindsay, 2006). À notre connaissance, aucun écrit recensé n'étudie le lien entre le PRI et ses stratégies d'enseignement ainsi que le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

Plusieurs écrits rapportent les retombées positives des PRI autant au niveau de l'expérience vécue des IND qu'au niveau organisationnel. Généralement, les IND rapportent une augmentation de la confiance au niveau de leur pratique professionnelle (Anderson, Hair et Todero, 2012; Fiedler et al., 2014; Rosenfeld, Glassman et Capobianco, 2015). En effet, selon ces auteurs, avec les compétences développées à travers le PRI, les IND ont davantage de confiance dans la prise en charge des patients. De plus, les écrits rapportent que les IND se sentent plus compétentes (Anderson et al., 2012; Goode, Lynn, McElroy, Bednash et Murray, 2013; Johnson, Salisbury, Johannsson et Barajas, 2013; Kim, Lee, Eudey, Lounsbury et Wede, 2015; Linus, Reeder, Bradley et Polis, 2014; Olson-Sitki, Wendler et Forbes, 2012), ont une meilleure organisation et priorisation dans les soins dispensés à la clientèle (Goode et al., 2013; Johnson et al., 2013; Kim et al., 2015), éprouvent moins de difficulté avec les communications intra et interprofessionnelles (Goode et al., 2013; Linus et al., 2014; Olson-Sitki et al., 2012), font preuve de plus de leadership dans la prise de décision (Anderson et al., 2012; Goode et al., 2013; Olson-Sitki et al., 2012), et vivent moins de stress en lien avec la transition du milieu académique au milieu de pratique (Goode et al., 2013). Une étude sur un PRI instauré sur un département d'urgence américain propose un devis descriptif mixte afin d'évaluer les effets de ce programme (Johnson et al., 2013). Malgré son petit échantillon (n=11), cette étude révèle que le PRI permet le développement des compétences cliniques des IND, particulièrement le raisonnement clinique infirmier (Johnson et al., 2013). Une autre étude avait pour but d'examiner les niveaux perçus de compétence clinique, de confiance et d'habiletés dans le développement du rôle professionnel chez les IND dans un PRI (Kim et al., 2015). Cette étude, réalisée auprès de 114 IND, ajoute qu'en plus de développer le raisonnement clinique infirmier, les PRI augmentent la confiance des IND dans la prise en charge des patients (Kim et al., 2015). Ultiment, les PRI augmentent la satisfaction au travail des IND (Kim et al., 2015) entraînant également des retombées au niveau organisationnel telles que la rétention du personnel infirmier et la diminution des intentions de quitter et des démissions des IND (Goode et al., 2013; Rosenfeld et al., 2015).

Les PRI sont autant appréciés des IND que des gestionnaires (Anderson et al., 2012; Fiedler et al., 2014; Goode et al., 2013; Herdrich et Lindsay, 2006; Johnson et al., 2013). Les IND apprécient les PRI puisqu'ils offrent une intégration complète dans les milieux cliniques

tout en misant sur le développement des compétences, le développement professionnel et sur l'amélioration de l'expérience de transition (Barnett et al., 2014). Malgré les dépenses élevées que peuvent engendrer les PRI, la réduction des coûts liés à la rétention du personnel infirmier et la préparation au travail qu'offre ce type de programme d'intégration plaisent aux gestionnaires des hôpitaux (Anderson et al., 2012; Barnett et al., 2014).

**Le programme de résidence infirmier au Québec.** Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière dans ses unités de soins intensifs, un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal a mis sur pied, en 2008, un PRI inspiré du modèle AACN/UHC sur les unités de soins intensifs et de soins intermédiaires. Ce PRI s'adresse aux CEPI et aux infirmières de moins d'un an d'expérience pour faciliter la transition du niveau « débutant » au niveau « compétent » de Benner (1982) au terme du PRI (Bérubé et al., 2008).

D'une durée approximative d'un an, ce PRI est divisé en deux parties dont la première est caractérisée par la pratique clinique supervisée assurée en continu par une préceptrice, soit jusqu'à l'obtention du permis de pratique de l'OIIQ pour les CEPI. Pour les IND possédant déjà leur permis de pratique, la durée de la pratique clinique supervisée est déterminée sur mesure avec la conseillère-cadre en soins infirmiers, la préceptrice et le chef de service de l'unité de soins. Une formation est offerte aux préceptrices pour l'accompagnement des IND qui font le PRI. À la deuxième partie du programme, les IND sont appelées à travailler sans la supervision directe d'une préceptrice. Le PRI est constitué de 100 heures de pratique réflexive, 200 heures de cours théoriques et de simulations cliniques et d'environ 500 heures de pratique clinique supervisée. Tout au long du PRI, diverses stratégies d'enseignement sont déployées, telles que des activités d'apprentissage par problème, le partage d'expériences significatives, des échanges réflexifs avec les pairs et les responsables de la formation et des présentations de cas. Basé sur l'approche par compétences (Goudreau et al., 2009; Lasnier, 2000; Tardif, 2006) et sur le modèle d'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984), le PRI vise à développer les compétences cliniques à partir des expériences vécues (Bérubé et al., 2012). Les certifications de l'*Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* et du *Trauma Nurse Core Course (TNCC)*, formations avancées en réanimation cardiovasculaire et en traumatologie, sont intégrées au PRI. En plus de viser les retombées des PRI décrites précédemment, il est souhaité que ce programme

d'intégration améliore l'expérience de transition tout en prônant l'utilisation des résultats probants dans la pratique quotidienne (Bérubé et al., 2012).

Bérubé et al. (2012) ont collecté des données afin de dresser un portrait du recrutement et de la rétention du personnel infirmier sur les unités de soins intensifs depuis l'implantation du PRI. L'analyse des quatre premières cohortes depuis l'implantation du PRI, soit de 2008 à 2011, a permis de constater une augmentation de 46% pour le recrutement du personnel infirmier, par rapport aux trois années précédentes (Bérubé et al., 2012). En effet, durant la période 2008-2011, il y a eu un recrutement de 67 IND, comparativement à 46 IND durant la période 2005-2008 (Bérubé et al., 2012). Durant la période 2005-2008, 26 des 46 IND recrutées étaient toujours présentes sur les unités de soins intensifs un an après leur embauche (Bérubé et al., 2012). Or, durant la période 2008-2011, 47 des 67 IND recrutées œuvraient toujours sur les unités de soins intensifs à la fin du PRI, ce qui représente une augmentation de 26% de la rétention du personnel infirmier (Bérubé et al., 2012). Toutefois, le lien entre le PRI et le développement de l'autonomie professionnelle des IND n'a pas été évalué.

À compter de 2017, afin de permettre une équité pour toutes les infirmières débutant sur les unités de soins intensifs, le PRI, tel qu'il avait été conçu, a connu une réforme pour rendre le programme de formation aux soins critiques accessible à toutes les infirmières, peu importe leur nombre d'années d'expérience. Désirant développer et maintenir les compétences de toutes les infirmières voulant être intégrées sur les unités de soins intensifs, le programme conserve la même structure et les mêmes objectifs que le PRI initial, mais il ne peut plus être défini comme un PRI puisqu'il s'adresse maintenant à des infirmières de plus d'un an d'expérience. Pour décrire ce programme et éviter toute confusion, le terme « programme d'intégration » est utilisé comme contexte de la présente étude.

Comme mentionné plus tôt, des activités de suivi d'intégration des IND sont réalisées périodiquement avec les IND et la conseillère-cadre en soins infirmiers responsable du programme d'intégration. Ces rencontres de suivi se font après un mois, trois mois, six mois et un an. Au cours de ces activités, les grilles d'évaluation, préalablement remplies par les préceptrices, et le document réflexif, complété par l'IND, sont prises en compte. Les grilles d'évaluation des compétences se basent principalement sur le développement de l'autonomie professionnelle de l'IND. Les diverses compétences sont évaluées selon cinq niveaux

d'autonomie : « demande beaucoup de soutien et de stimulation [...] », « demande d'être stimulée [...] », « demande du soutien [...] », « démontre une autonomie partielle [...] » et « est autonome dans l'atteinte de l'objectif ». Toutefois, la grille ne fournit pas de descripteurs pour définir ces cinq niveaux, laissant place à l'interprétation des préceptrices lors des évaluations des IND.

### **Les difficultés vécues par les infirmières nouvellement diplômées**

Il a été maintes fois documenté que la transition vécue par les IND, lors de leur intégration dans la pratique sur les unités de soins généraux, est plutôt difficile. Duchscher (2009), à partir de ses recherches et des travaux de Kramer (1974) sur le choc de la réalité, décrit un cadre théorique développé sur le choc de la transition des IND. Dans cet écrit, l'auteure compile dix ans de connaissances (Duchscher, 2001, 2003, 2008) sur l'adaptation au nouveau rôle, développe un modèle sur le choc de la transition et identifie les besoins des IND à travers ce processus (Duchscher, 2009). Le choc de la transition serait la première étape de la transition professionnelle vécue par les IND (Duchscher, 2009). Cette auteure décrit la transition comme étant un processus non linéaire où les IND vivent des changements professionnels, intellectuels, émotifs à travers leurs expériences et leurs croyances. Le passage du rôle connu et confortable d'étudiante au rôle moins familier de professionnelle de la santé caractérise le choc de la transition de Duchscher (2009). Selon l'auteure, le choc de la transition survient généralement dans les quatre à six premiers mois de carrière des IND (Duchscher, 2009). Lors de cette période, la majorité des IND vivent beaucoup de difficultés.

Tout d'abord et de façon générale, il est unanime que l'exercice du nouveau rôle professionnel d'infirmière et la pratique dans les unités de soins généraux entraînent beaucoup de stress chez les IND (Duchscher, 2009; Gardiner et Sheen, 2016; Kramer, 1974; Lavoie-Tremblay, O'Brian-Pallas, Gélinas, Desforges et Marchionni, 2008; Ten Hoeve et al., 2018; Volny et al., 2016). Le manque de confiance en soi, les attentes irréalistes à propos de la profession infirmière et le manque de soutien de leur transition dans la profession sont en relation avec le stress vécu (Gardiner et Sheen, 2016; Kelly, 1996; Ten Hoeve et al., 2018). D'autre part, une étude corrélationnelle descriptive québécoise dont le but est d'examiner les dimensions psychologiques de l'environnement de travail qui influencent la santé psychologique des IND (n=309) mentionne que 43% des IND vivent de la détresse



psychologique (Lavoie-Tremblay, Wright, et al., 2008). Cette détresse psychologique est liée à la charge de travail, aux contraintes de temps et à l'augmentation de la complexité des soins offerts à la clientèle hospitalisée (Lavoie-Tremblay, Wright, et al., 2008).

Les IND mentionnent ne pas être confiantes ni avoir suffisamment développé les compétences pour l'exercice d'une pratique professionnelle autonome (Casey et al., 2004; Cheeks et Dunn, 2010; Clark et Holmes, 2007; Fink et al., 2008; Higgins et al., 2010; Oermann et Garvin, 2002; Ortiz, 2016). Le manque de confiance des IND et la peur de faire des erreurs sont fréquemment mentionnés comme étant une source de stress (Oermann et Garvin, 2002). Les erreurs craintes par les IND sont la chute d'un patient ou une erreur dans l'administration de la médication (Oermann et Garvin, 2002; Ortiz, 2016). Une étude exploratoire britannique avait pour but de développer une compréhension du développement des compétences des IND auprès de plusieurs groupes de participants (n=105), soit des IND, des infirmières expérimentées, des gestionnaires et des conseillères en développement de la pratique (Clark et Holmes, 2007). Les participantes expriment que celles-ci ne seraient pas prêtes pour l'exercice d'une pratique professionnelle autonome au moment de l'acquisition du permis d'exercice (Clark et Holmes, 2007). La communication intra et interprofessionnelle (Casey et al., 2004; Ortiz, 2016), le développement du raisonnement clinique infirmier (Casey et al., 2004) et l'organisation et la priorisation des interventions (Casey et al., 2004) constituent également des difficultés vécues par les IND lors de leur intégration sur les unités de soins.

Au cours de leur transition dans la pratique, lorsque les IND vivent des difficultés qui ne sont pas prises en compte par les infirmières expérimentées, les responsables de programme d'intégration ou les gestionnaires, elles peuvent ressentir des symptômes d'épuisement professionnel (Cho, Laschinger et Wong, 2006; Duchscher, 2009; Rudman et Gustavsson, 2011; Volny et al., 2016). Un sondage réalisé auprès d'IND canadiennes (n=348) a souligné que 50% des IND ont envisagé au moins une fois de démissionner au cours de leur première année de pratique et ce, tout domaine de pratique confondu (Rhéaume et al., 2011). Une étude américaine dont le but était de décrire les caractéristiques et les attitudes des IND (n=3266) face au travail a conclu que 13% des IND ont changé d'emploi au cours de leur première année de pratique (Kovner et al., 2007). La principale raison évoquée est la transition difficile vécue en début de carrière (Kovner et al., 2007). De plus, les IND évoquent qu'elles ont l'intention de quitter leur

milieu de travail lorsqu'elles perçoivent un déséquilibre dans la relation efforts/récompenses qu'elles investissent et lorsqu'elles vivent de la détresse psychologique élevée au travail (Lavoie-Tremblay, O'Brian-Pallas, et al., 2008). La décision de démissionner n'est souvent pas une décision prise à la légère et résulte d'un processus décisionnel complexe (Côté, 2016). L'étude qualitative québécoise de Côté (2016) vise à examiner les processus dans la décision de quitter son emploi et les rôles des contextes de vie dans ce processus chez les IND (n=26). L'étude conclut que les démissions des IND tournent autour de trois contextes, soit le contexte temporel, l'expérience de travail et les contextes professionnel et personnel au moment de la prise de décision (Côté, 2016).

**Les difficultés vécues par les infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs.** Les IND sur les unités de soins intensifs vivent plusieurs difficultés lors de leur intégration sur les unités de soins intensifs étant donné le caractère intensif de ces unités. Les unités de soins intensifs ont une certaine popularité auprès des IND. Lors d'une étude à devis transversal dont le but est d'examiner les intentions de travailler sur les unités de soins intensifs chez 357 étudiants en soins infirmiers d'une université d'Australie, 54% des répondants prévoient œuvrer sur une unité de soins intensifs dès leur graduation de leur programme d'études (Halcomb, Salamonson, Raymond et Knox, 2012). Considérées comme une des unités dites de soins critiques, les unités de soins intensifs sont décrites comme étant des unités de soins à la fois stimulantes, mais bruyantes et où les stimuli sont incessants (St-Pierre et al., 2010). La clientèle hospitalisée sur les unités de soins intensifs présente une situation de santé critique, souvent instable et les infirmières y œuvrant doivent mobiliser des compétences diverses et des habiletés cliniques, et doivent intervenir rapidement en fonction de leur évaluation clinique (Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs, 2009).

Aux États-Unis, une étude phénoménologique descriptive visant à explorer l'expérience vécue des IND (n=10) travaillant sur une unité de soins intensifs suggère que celles-ci manquent d'habiletés dans la réalisation de leur évaluation clinique auprès de la clientèle hospitalisée (McCalla-Graham et De Gagne, 2015). De plus, ces IND mentionnent que leur formation initiale ne les prépare pas pour les rôles et les responsabilités auxquelles elles auront à faire face dans leur profession (McCalla-Graham et De Gagne, 2015). Tout comme les IND intégrées sur les

unités de soins généraux, les IND intégrées sur les unités de soins intensifs se sentent surchargées, en détresse psychologique et ont peur de commettre une erreur (St Clair, 2013). Aussi, elles mentionnent que la prise en charge d'un patient hospitalisé sur une unité de soins intensifs entraînent, chez elles, beaucoup d'anxiété (DeGrande et al., 2018; McCalla-Graham et De Gagne, 2015; O'Kane, 2012). La reconnaissance et la réponse aux situations d'urgence (Goode et al., 2013; Wiles, 2010), les soins en lien avec les drains thoraciques et les soins prodigués à la clientèle intubée représenteraient des compétences et habiletés cliniques avec lesquelles les IND avouent avoir le plus de difficultés (Goode et al., 2013).

Une étude descriptive comparative a permis d'explorer les expériences des IND débutant leur carrière sur une unité de soins intensifs d'un centre hospitalier britannique (O'Kane, 2012). Cette étude se déroule en deux volets où le premier volet consiste à des entretiens individuels semi-structurés auprès des IND (n=8) et le deuxième volet est la réalisation de groupes de discussion avec les infirmières plus expérimentées (n=7). Les IND ont rapporté qu'un de leurs principaux défis consiste à la gestion du temps (O'Kane, 2012). En effet, lorsqu'elles débutent sur les unités de soins intensifs, les IND ont l'impression qu'elles courent sans cesse et que les tâches à exécuter les submergent (O'Kane, 2012). Les résultats du deuxième volet de l'étude indiquent que, selon les infirmières plus expérimentées, l'adaptation à l'environnement est difficile pour les IND, notamment à cause des technologies dont l'utilisation représente un défi en soi (O'Kane, 2012).

### **Le préceptorat sur les unités de soins intensifs**

Selon le programme national de soutien clinique du MSSS, le préceptorat s'inscrit dans un continuum d'intégration pour les IND. Un programme d'intégration doit comprendre trois volets, soit « l'accueil-orientation-intégration », le préceptorat et le mentorat (MSSS, 2008). Circonscrite dans le temps, le préceptorat est une méthode d'enseignement et d'apprentissage qui a pour but d'aider les infirmières débutantes à développer leurs compétences avec une surveillance directe (MSSS, 2008; Sewell, 2015). Une relation formelle se crée entre l'apprenant et la préceptrice, afin que la débutante acquière les connaissances de base et les procédures de soins nécessaires à son intégration dans le milieu (MSSS, 2008; Sewell, 2015). Cet accompagnement procure plusieurs avantages pour l'apprenante, pour la préceptrice et pour l'établissement (MSSS, 2008). Pour l'infirmière débutante, le préceptorat facilite l'intégration

dans la profession, aide à développer les compétences cliniques, aide à développer une autonomie professionnelle, accroît la confiance en soi et diminue le stress (MSSS, 2008). Le préceptorat vise également à ce que la préceptrice se sente reconnue et valorisée grâce à son expertise (MSSS, 2008). Pour l'établissement, le préceptorat augmente le recrutement en personnel infirmier, favorise la rétention et contribue à l'amélioration de la qualité des soins (MSSS, 2008). Le préceptorat semble essentiel pour assurer une meilleure transition et pour diminuer l'écart entre la théorie et la pratique (Higgins et al., 2010; Sewell, 2015).

Par définition, une préceptrice est une infirmière qui a développé les compétences et l'expérience nécessaires pour guider, observer et évaluer le développement des compétences cliniques des infirmières débutantes lors de la prise en charge de patients hospitalisés sur une unité de soins spécifiques (Garneau, 2012). Lors de son accompagnement, la préceptrice a plusieurs rôles. En effet, celle-ci établit une relation de confiance tout en stimulant la réflexion critique de l'apprenante (Sewell, 2015), elle crée des expériences d'apprentissage qui favorisent le développement des compétences de l'infirmière débutante, elle fournit un soutien et une rétroaction lors de l'évaluation des compétences et elle s'assure du suivi auprès des responsables de programme de formation et d'intégration du personnel (MSSS, 2008).

Dans son étude phénoménologique interprétative sur l'expérience des préceptrices (n=11) sur les unités de soins intensifs, Della Ratta (2018) mentionne que les préceptrices doivent constamment équilibrer le temps consacré à soutenir le développement professionnel de l'IND et à assumer les soins au patient dont la situation de santé est instable pour en assurer sa sécurité. Pour faciliter l'accompagnement des IND, il demeure important pour les préceptrices de se remémorer leur propre expérience en tant qu'IND (Della Ratta, 2018).

Plusieurs études dénoncent l'expérience négative vécue par les préceptrices autant dans les unités de soins généraux que dans les unités de soins intensifs. Dans leur étude exploratoire, les Britanniques Clark et Holmes (2007) évoquent une certaine confusion vécue chez les préceptrices quant aux rôles liés au préceptorat et au mentorat. Les préceptrices déplorent devoir prendre en charge une IND alors qu'elles doivent aussi servir de soutien et de ressources aux autres infirmières (Clark et Holmes, 2007). De plus, les infirmières plus expérimentées auraient des perceptions négatives quant aux IND (Clark et Holmes, 2007; Sewell, 2015). Certaines évoqueraient même que les IND n'ont pas leur place sur une unité de soins intensifs (Sewell,

2015). Le préceptorat sur les unités de soins intensifs fait référence à une expérience stressante pour plusieurs préceptrices, car elles pensent que les IND manquent d'habiletés, font preuve de peu de raisonnement clinique infirmier et n'agissent pas au bon moment (Sewell, 2015). Elles doivent constamment assurer la sécurité et surveiller toutes les actions des IND (Sewell, 2015). L'étude descriptive de O'Kane (2012) dont le but est d'étudier les expériences des IND débutant sur les unités de soins intensifs compare les perceptions partagées par des IND (n=8) et des infirmières expérimentées (n=7). Les résultats indiquent que beaucoup de pression est ressentie par les préceptrices des unités de soins intensifs et qu'elles sont sujettes à un épuisement professionnel (O'Kane, 2012).

Les préceptrices évoquent avoir besoin de soutien et de ressources à travers leurs expériences de préceptorat (Clark et Holmes, 2007; O'Kane, 2012; Sewell, 2015). Selon les directives du MSSS (2008), des formations devraient être offertes aux préceptrices lorsqu'elles sont approchées pour réaliser cette fonction. La formation devrait contenir des informations sur le rôle de la préceptrice, la communication et la résolution de conflits, la rétroaction constructive et les évaluations des IND (MSSS, 2008).

Les préceptrices ont un rôle crucial à jouer dans le développement de l'autonomie professionnelle des IND mais certains défis demeurent. L'accompagnement des préceptrices auprès des IND est complexe et les préceptrices mentionnent avoir besoin de ressources pour accomplir ce rôle. Des stratégies sont essentielles pour mieux outiller les préceptrices dans l'accompagnement des IND pour le développement de leurs compétences et de leur autonomie professionnelle.

En somme, les programmes d'intégration sont nécessaires pour favoriser la transition dans la pratique des IND, et ils semblent jouer un rôle dans le développement de l'autonomie des IND. Toutefois, très peu d'études recensées portent sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND, particulièrement dans le contexte d'intégration sur une unité de soins intensifs.

## **Méthodologie**

Le présent chapitre présente la méthodologie utilisée pour explorer les perceptions des IND et des préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. Le devis de recherche, le milieu de l'étude, l'échantillonnage, le recrutement des participantes, la collecte et l'analyse des données, les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques seront présentés dans cette section.

### **Devis de recherche**

Le devis de cette recherche est une étude qualitative exploratoire descriptive dont le but est d'explorer les perceptions d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND aux unités de soins intensifs dans un contexte d'intégration basé sur une structure de PRI. Cette étude qualitative s'inscrit dans un paradigme constructiviste où les réalités sont multiples et subjectives. Comme mentionné précédemment, peu d'études se sont intéressées au développement de l'autonomie professionnelle des IND, particulièrement dans un contexte d'intégration sur une unité de soins intensifs. Le devis exploratoire descriptif de cette étude qualitative est indiqué puisque selon Trudel, Simard et Vonarx (2007), une étude exploratoire sert à décrire, à clarifier et à produire des connaissances sur un phénomène plutôt inconnu ou moins défini. Le devis exploratoire permet une compréhension plus approfondie du phénomène à l'étude et une flexibilité méthodologique (Trudel et al., 2007). Ainsi, la construction de connaissances à partir des perceptions d'IND et de préceptrices est cohérente avec le paradigme de recherche constructiviste et le devis exploratoire descriptif.

### **Milieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée sur les unités de soins intensifs d'un centre hospitalier universitaire tertiaire de référence en traumatologie. Les unités de soins intensifs, comprenant l'unité de soins intensifs et l'unité de soins intermédiaires, offrent des soins complexes dans plusieurs spécialités médicales différentes, par exemple en neurologie, en cardiologie, en pneumologie. L'unité des soins intermédiaires se spécialise dans la prise en charge et la dispensation de soins aux blessés médullaires. Les cours théoriques et la longue période de pratique clinique supervisée offerts dans le programme d'intégration visent à ce que les infirmières œuvrent efficacement et de façon sécuritaire dans l'un ou l'autre des milieux de

soins. Depuis son instauration en 2008, le programme d'intégration est offert biannuellement, soit en janvier et en juin. Or, ce programme d'intégration est parfois offert en septembre selon le nombre d'infirmières souhaitant intégrer les unités de soins intensifs et selon les besoins des unités de soins. Idéalement, les infirmières intégrées sur les unités, au cours de la période de la pratique clinique supervisée, sont jumelées à un maximum de deux préceptrices afin de favoriser le développement de leur autonomie professionnelle (Schumacher, 2007).

### **Participant·es à la recherche**

Un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel a été privilégié lors de cette étude afin que les participant·es choisies, soit les IND et les préceptrices, correspondent aux critères d'inclusion.

**Infirmières nouvellement diplômées.** La stratégie d'échantillonnage privilégiée est un échantillonnage hétérogène. Malgré les critères d'inclusion pour les participant·es, celle-ci peut posséder plusieurs variations (Patton, 2002), soit l'âge, la formation initiale des participant·es (diplôme d'études collégiales ou baccalauréat) et la progression dans le programme d'intégration. Les critères d'inclusion des IND étaient les suivants. L'IND devait :

1. Être une IND de moins d'un an d'expérience ;
2. Être engagée sur une des deux unités de soins intensifs (unité de soins intensifs et/ou unité de soins intermédiaires) ;
3. Au moment de la collecte de données, avoir réalisé la moitié du programme d'intégration ou avoir complété le programme d'intégration en décembre 2017 ;
4. Comprendre le français à l'oral et à l'écrit.

Avec ces critères d'inclusion, les IND recrutées provenaient de deux cohortes différentes du programme d'intégration, soit juin 2017 et septembre 2017. Dans le cadre de l'étude et compte tenu du nombre d'IND présentes dans chacune des cohortes, le nombre visé de participant·es à l'étude était de trois IND de chaque cohorte (n=6).

**Préceptrices.** Les participant·es à l'étude devaient répondre aux critères suivants :

1. Œuvrer sur l'unité de soins intensifs ou sur l'unité de soins intermédiaires depuis au moins trois ans ;

2. Avoir réalisé au moins deux expériences de préceptorat avec des IND de moins d'un an d'expérience dans le cadre du programme d'intégration;
3. Comprendre le français à l'oral et à l'écrit.

L'hétérogénéité de l'échantillon est venue de l'expérience de chacune des participantes à l'étude, du dernier diplôme obtenu et du nombre d'expériences de préceptorat vécues. L'échantillon construit avait certainement plusieurs caractéristiques semblables entre les participantes à l'étude. Par exemple, les participantes étaient toutes des préceptrices du programme d'intégration œuvrant sur les unités de soins intensifs.

Les écrits recommandent que la taille d'un groupe de discussion soit entre six et douze membres (Côté-Arsenault et Morrison-Beedy, 1999). Cependant, on recommande la tenue de groupe de discussion avec de plus petits groupes de personnes afin que chacun puisse s'exprimer aisément (Côté-Arsenault et Morrison-Beedy, 1999; Geoffrion, 2009). Ainsi, dans le cadre de cette étude, le nombre total souhaité de préceptrices participant aux groupes de discussion souhaité était entre six et huit participantes (n = 6 à 8).

### **Recrutement des participantes**

Une fois les stratégies d'échantillonnage définies, l'étudiante-chercheuse a procédé au recrutement des participantes. Cette démarche d'accès aux participantes aura nécessité la collaboration de la conseillère-cadre en soins infirmiers du programme d'intégration.

**Infirmières nouvellement diplômées.** À la suite de l'accord des chefs de service des unités de soins intensifs et de soins intermédiaires, une lettre d'information concernant la recherche a été envoyée par la conseillère-cadre en soins infirmiers à toutes les IND des deux unités de soins à partir des critères d'inclusion de la recherche. Cette lettre contenait les informations sur la recherche ainsi que les coordonnées de l'étudiante-chercheuse afin de répondre aux questions des participantes potentielles et leur permettre de manifester leur intérêt le cas échéant. Le contenu de cette lettre d'information est présenté à l'Appendice B. Les coordonnées de toutes les personnes désirant participer à l'étude ont été prises en note par l'étudiante-chercheuse. Ces coordonnées sont conservées dans un document informatique protégé d'un mot de passe connu de l'étudiante-chercheuse et de ses directrices dans un ordinateur sécurisé. Avec ces coordonnées, l'étudiante-chercheuse a pu communiquer avec les



participantes potentielles afin de fixer une rencontre pour la réalisation de l'entretien semi-structuré à l'endroit et au moment qui convenait à l'IND. Une compensation financière de 20 dollars sous forme de carte-cadeau d'un magasin de café a été offerte à toutes les IND participant à la recherche. Leur implication à la recherche comprenait un entretien semi-structuré d'une durée variant entre 45 et 60 minutes et un retour individuel par courriel pour leur présenter les premières conclusions de l'analyse des données et recevoir leurs commentaires. En tout, quatre IND recrutées provenaient de la cohorte ayant débuté en juin 2017 et deux IND provenaient de la cohorte ayant débuté en septembre 2017. Des scripts pour les appels téléphoniques et les envois courriels ont été utilisés lors des appels et des courriels adressés aux participantes. Ces scripts pour les IND se trouvent à l'Appendice C.

**Préceptrices.** Tout comme pour le recrutement des IND, une lettre contenant les informations sur la recherche ainsi que les coordonnées de l'étudiante-chercheuse a été envoyée, par la conseillère-cadre en soins infirmiers, à toutes les préceptrices des deux unités de soins intensifs. Le contenu de cette lettre d'information est présenté à l'Appendice B. Comme décrit précédemment, les personnes intéressées à participer à l'étude ont communiqué avec l'étudiante-chercheuse. Pour les préceptrices désirant participer à l'étude, leurs coordonnées ont également été prises en note. Un lien de sondage de disponibilités leur a été envoyé afin de prévoir la tenue des groupes de discussion. La possibilité de se retirer à tout moment de l'étude a été offerte à toutes les participantes. Une carte-cadeau d'une valeur de 20 dollars provenant d'un magasin de café a également été offerte à toutes les préceptrices participant à la recherche en guise de compensation financière. L'implication des préceptrices comprenait la réalisation d'un entretien par le biais de groupes de discussion d'une durée de 60 à 90 minutes puis d'un retour avec les participantes par courriel pour leur présenter les premières conclusions de l'analyse des données et recevoir leurs commentaires. Des scripts pour les appels téléphoniques et les envois courriels ont été utilisés lors des appels et des courriels aux participantes. Ces scripts pour les préceptrices se trouvent à l'Appendice D. Compte tenu des disponibilités restreintes des préceptrices et de la méthode de collectes des données choisie pour ce groupe de participantes, peu de préceptrices se sont portées volontaires pour participer à la recherche. Deux groupes de discussion de deux préceptrices purent être constitués, alors que la participation de six à huit préceptrices était visée.

## **Collecte de données**

Pour répondre au but et aux questions de recherche, la présente étude s'est déroulée en deux volets, soit les entretiens individuels semi-structurés (IND) et les groupes de discussion (préceptrices). Pour les deux volets, des questionnaires de données sociodémographiques (Appendice E et Appendice F) ont été remis à toutes les participantes de l'étude afin de dresser un portrait de celles-ci. Le questionnaire de données sociodémographiques remis aux IND comprend des questions sur l'âge des participantes, leur formation initiale, le quart de travail, la date d'obtention du dernier diplôme et du permis d'exercice de la profession, la date de début du programme d'intégration et le nombre de préceptrices avec lesquelles elles ont été jumelées. Le questionnaire de données sociodémographiques remis aux préceptrices s'intéresse à l'âge des participantes, le dernier diplôme obtenu, le quart de travail, le nombre d'années d'expérience comme infirmière sur l'unité de soins intensifs et le nombre d'expériences de préceptorat réalisées. Des notes prises dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse lors des entretiens individuels semi-structurés et des groupes de discussion constituent également une méthode de collecte des données pour la présente étude.

**Entretiens individuels semi-structurés (infirmières nouvellement diplômées).** Au cours du premier volet de la recherche, les IND ont été amenées à partager leurs perceptions du développement de leur autonomie professionnelle dans le contexte d'un programme d'intégration sur des unités de soins intensifs. Afin de recueillir ces données, la méthode de l'entretien individuel semi-structuré a été privilégiée. L'entretien individuel semi-structuré souhaite le contact direct entre le chercheur et le participant sur un phénomène vécu par ce dernier (Fortin et Gagnon, 2016). Au cours de l'entretien individuel semi-structuré, le savoir partagé entre le chercheur et le participant est considéré comme une construction interpersonnelle (Savoie-Zajc, 2009), ce qui renvoie directement au paradigme constructiviste privilégié par cette recherche. De plus, le caractère individuel de l'entretien semi-structuré vise la liberté d'expression des IND au sujet du développement de leur autonomie professionnelle sur les unités de soins intensifs. Afin qu'elles se préparent et qu'elles rassemblent leurs idées, les thèmes abordés lors de l'entretien individuel semi-structuré ont été communiqués par courriel (Appendice C) à chacune des IND désirant participer à la recherche. La durée des entretiens individuels semi-structurés a été d'environ 30 à 45 minutes incluant la revue du

formulaire d'information et de consentement (Appendice G), la signature de celui-ci et le questionnaire de données sociodémographiques. À la suite de l'obtention du consentement des participantes, les propos tenus lors des entretiens individuels semi-structurés ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone afin d'en faire une transcription intégrale. Des notes ont également été prises lors de ces entretiens. Les données ont été conservées dans des documents informatiques munis d'un mot de passe dans un ordinateur sécurisé.

Afin de conduire les entretiens individuels semi-structurés, l'étudiante-chercheuse a élaboré un guide des entretiens individuels semi-structurés à partir des questions de recherche et des concepts du cadre de référence. Le guide a été ensuite validé par des experts, soit les directrices de recherche. Des questions descriptives permettent de débiter les entretiens individuels semi-structurés par une description d'expérience pouvant mener à des réflexions à propos des concepts à l'étude (Savoie-Zajc, 2009). Une fois le lien de confiance établi, les questions permettant d'approfondir les concepts à l'étude ont été posées (Savoie-Zajc, 2009). Le guide des entretiens individuels semi-structurés se retrouve à l'Appendice H.

**Groupes de discussion (préceptrices).** Le deuxième volet de l'étude concerne les préceptrices et leurs perceptions du développement de l'autonomie professionnelle des IND. La méthode de collecte de données utilisée était les groupes de discussion. Cette méthode de collecte de données qualitatives réunit un certain nombre de personnes ayant des expériences semblables dans une conversation centrée sur un champ d'intérêt défini en lien avec l'expérience commune des participants (Leclerc, Bourassa, Picard et Courcy, 2011). Cette méthode vise à créer des occasions d'échanges interactifs entre les préceptrices en faisant ressortir leurs perceptions, leurs résistances et leurs croyances envers le développement de l'autonomie professionnelle des IND à travers le programme d'intégration. Afin d'assurer une préparation à la tenue des groupes de discussion, une liste des thèmes abordés a été transmise par courriel au préalable. La durée des groupes de discussion a été d'environ 30 à 45 minutes incluant la revue du formulaire d'information et de consentement (Appendice I), la signature de celui-ci et le questionnaire de données sociodémographiques. À la suite de l'obtention du consentement des participantes, les propos des participantes ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone afin d'en faire une transcription intégrale. Des notes ont également été prises au moment des groupes

de discussion. Les données au cours des groupes de discussion ont aussi été conservées dans des documents informatiques munis d'un mot de passe dans un ordinateur sécurisé.

Afin de conduire les groupes de discussion, l'étudiante-chercheuse a élaboré un guide des groupes de discussion à partir des questions de recherche et des concepts du cadre de référence. Ce guide a également été validé par les directrices de recherche. Le guide énumère une liste de questions sur les concepts à l'étude devant être abordés tout en permettant une flexibilité à l'intervieweur pour ne pas brimer la spontanéité des participantes lors des groupes de discussion (Barbour, 2010; Geoffrion, 2009). Le guide des groupes de discussion se retrouve à l'Appendice J.

**Journal de bord.** Lors des entretiens individuels semi-structurés (IND) et des groupes de discussion (préceptrices), l'étudiante-chercheuse a consigné ses observations et ses réflexions concernant les collectes de données, mais également sur le contexte de celles-ci. Les notes prises permettent de recontextualiser les données obtenues lors des collectes de données (Savoie-Zajc, 2009). Les tons de voix utilisés et les expressions faciales et corporelles accompagnant les verbatims ajoutent une richesse aux propos des participantes (Kvale, 2007). Des premières réflexions analytiques ont également été notées dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse. En somme, les sources de données variées (entretiens individuels semi-structurés, groupes de discussion et journal de bord) permettent une triangulation des données. Ces sources de données permettent de tirer des conclusions valables concernant les concepts à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016).

### **Analyse des données**

Une fois les entretiens individuels semi-structurés et les groupes de discussion réalisés, les données collectées ont été analysées à l'aide d'un processus d'analyse de contenu. Les données des questionnaires de données sociodémographiques ont permis de dégager un portrait global des participantes à l'étude. Pour réaliser cet exercice d'analyse de contenu, le processus général d'analyse qualitative de Van der Maren (1996) a été utilisé. Ce processus d'analyse qualitative comprend les étapes de segmentation, codage, examen descriptif des codes et des données, catégorisation, hiérarchisation, connexions en réseaux, conceptualisation et modélisation (Van der Maren, 1996). À chaque étape de l'analyse, des notes et des mémos

analytiques ont été consignés dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse. Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse comprend des notes et des observations sur les participantes et sur le contexte des activités de collecte de données, des réflexions et des mémos analytiques en cours d'analyse des données.

**Segmentation et codage.** Suite à l'immersion dans les données, une segmentation a tout d'abord eu lieu. Les textes ont été divisés, découpés ou segmentés en unité d'analyse. Cette décontextualisation des textes vise à choisir le matériel à conserver, soit le matériel significatif, selon l'unité de sens (Tesch, 1990; Van der Maren, 1996). Dans cette recherche, les textes ont été segmentés en fonction de la richesse du contenu en lien avec le développement de l'autonomie professionnelle.

Suite à la segmentation des données recueillies par les entretiens individuels et les groupes de discussion, les segments ont été codés. Un codage mixte a été utilisé lors de cette étude. Certains codes ont été prédéterminés par l'étudiante-chercheuse à partir des repères conceptuels du cadre conceptuel de l'étude et des questions de recherche. D'autres codes ont été créés à partir des propos significatifs et des termes récurrents des participantes. Afin d'assurer la fidélité du codage, un lexique de codes (Tableau 2 à l'Appendice K) a été développé (Van der Maren, 1996). Le lexique comprend les définitions des codes et des exemples de verbatims (Van der Maren, 1996). Un intercodage avec un deuxième codeur, autre que les directrices de recherche, a également été effectué. Le deuxième codeur a eu accès aux questions de recherche, au cadre de référence ainsi qu'au lexique de codes afin de débiter le codage. À la suite du codage de deux premiers verbatims, une première rencontre avec l'étudiante-chercheuse, le deuxième codeur ainsi que les directrices de recherche a eu lieu pour confronter et discuter du codage et de permettre un ajustement pour la suite du codage des données. Les écarts et les similitudes entre les codes ont été discutés lors de cette rencontre. L'étudiante-chercheuse et le deuxième codeur ont ensuite procédé au codage des autres verbatims, lequel a été ponctué de plusieurs rencontres. Ces rencontres ont permis une comparaison entre tous les codes et une discussion sur les différences pour en arriver à un consensus et ainsi assurer la fidélité du codage. Un indice de fidélité du codage en pourcentage n'a pas été généré lors de cette recherche. Par ailleurs, l'intercodage entre l'étudiante-chercheuse et le deuxième codeur était, somme toute, similaire.

**Examen descriptif des codes et des données.** L'examen des données codées vise à savoir si les données sont pertinentes et vraisemblables (Van der Maren, 1996). Dans le cas de la présente recherche, en lisant les verbatims associés aux codes, l'étudiante-chercheuse s'est questionnée à savoir si certains verbatims réfèrent à des repères théoriques ou aux questions de recherche. L'examen descriptif permet également de noter les idées émergentes des codes (Van der Maren, 1996). Dans ce cas, le lexique de codes (Appendice K) a été consulté afin de bien définir les codes.

**Catégorisation.** Cette étape du processus d'analyse renvoie au regroupement des codes selon les traits communs et les ressemblances de ceux-ci (Van der Maren, 1996). Avec le lexique de codes, les codes ont été recontextualisés puis rassemblés selon l'idée à laquelle ils renvoient, selon le sens de ceux-ci. Certaines catégories ont dû être retravaillées puisqu'elles regroupaient des codes pouvant avoir plusieurs significations/sens. Les codes ont donc été redistribués selon d'autres catégories. Malgré le lexique de codes, un retour dans les verbatims était parfois nécessaire pour bien saisir le sens du code et en faciliter le regroupement. Les catégories ont été discutées avec les directrices de recherche. Le Tableau 3 présenté à l'Appendice L montre un exemple de quelques catégories ainsi que les codes associés.

**Hiérarchisation et connexions en réseaux.** Par la suite, les caractéristiques des catégories ont été identifiées. Cette identification vise à rendre compte de la différenciation et des associations entre les diverses catégories (Van der Maren, 1996). Cette étape a été réalisée lors de la relecture des verbatims des codes constituant les catégories et des notes prises dans le journal de bord. Les regroupements des catégories ont également été discuté avec les directrices de recherche. La documentation de ces regroupements des catégories est également importante afin de conserver une trace écrite des relations entre les catégories et leurs caractéristiques (Van der Maren, 1996).

**Conceptualisation et modélisation.** Afin d'analyser et d'interpréter les données, les éléments ont été regroupés selon les relations entre eux (Van der Maren, 1996). Les catégories et les thèmes ont émergé par le regroupement de caractéristiques semblables et selon les repères du cadre conceptuel et les questions de recherche. Ces regroupements ont été discutés avec les directrices de recherche. Les Tableau 4 et Tableau 5 à l'Appendice M illustrent les thèmes, les catégories ainsi que les codes retenus en lien avec les verbatims des IND et des préceptrices.

Ces thèmes et ces catégories ont été retenus comme principaux résultats de l'étude de par leur récurrence. Cette récurrence dans les thèmes et les catégories témoigne de la saturation des données, c'est-à-dire la redondance dans les données collectées.

Enfin, la modélisation réfère à une représentation des thèmes pour simplifier les abstractions (Van der Maren, 1996). La représentation, sous forme de carte conceptuelle, vise à illustrer les principaux thèmes autour du développement de l'autonomie professionnelle des IND sur une unité de soins intensifs. Cette carte conceptuelle sera explicitée dans le chapitre présentant les résultats de l'étude.

**Retour avec les participantes.** Initialement, une rencontre de 30 minutes était prévue pour faire un retour avec les participantes (IND et préceptrices) pour qu'elles émettent leurs commentaires sur les premières conclusions de l'analyse. Dans un paradigme constructiviste, cela vise à vérifier et réviser les résultats préliminaires de l'étude avec les participants (Guba et Lincoln, 1989). Toutefois, des contraintes de temps ont incité l'étudiante-chercheuse à opter pour un retour par échanges de courriels avec les participantes souhaitant connaître les premières conclusions de l'analyse et y émettre leurs commentaires. À partir des résultats de l'étude, des résumés concernant les perceptions des IND et des préceptrices ont été produits. Le résumé des perceptions des IND a été envoyé, par courriel, individuellement à chacune de celles-ci, alors que le résumé des perceptions des préceptrices a été envoyé individuellement aux préceptrices. Les Tableaux 6 et 7 présentés à l'Appendice N illustrent les résumés des analyses propres aux perceptions des IND et des préceptrices. Cinq participantes ont répondu au courriel envoyé par l'étudiante-chercheuse (n=5). Toutes ces participantes ayant répondu au retour avec les participantes étaient en accord avec les résumés des analyses présentés.

### **Critères de rigueur scientifique**

Cette étude respecte les critères de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité, essentiels afin d'assurer la rigueur et la qualité des études qualitatives (Fortin et Gagnon, 2016). En premier lieu, la crédibilité renvoie à l'exactitude de la représentation des participants et du phénomène à l'étude par l'interprétation du chercheur (Guba et Lincoln, 1989). La crédibilité de cette étude qualitative est assurée par la triangulation des données et le débriefage. La triangulation des données est une stratégie de comparaison des données par plusieurs méthodes

de collecte de données (Fortin et Gagnon, 2016). Grâce aux diverses méthodes de collectes de données employées, des conclusions valables en ce qui a trait au phénomène étudié ont été tirées (Creswell, 2014; Guba et Lincoln, 1989; Laperrière, 1997). Ainsi, les données recueillies avec les entretiens individuels semi-structurés, les groupes de discussion et le journal de bord ont permis une triangulation des données et assurent la crédibilité de l'étude. De plus, le débriefage par les directrices de recherche vise à assurer la crédibilité des données. En effet, les discussions avec des personnes plus expérimentées en matière de méthodologie de la recherche visent à vérifier les interprétations des résultats (Creswell, 2014).

En ce qui a trait à la transférabilité, le contexte de l'étude et les étapes de collecte de données et d'analyse des données sont décrits de façon précise. Ce critère de scientificité vise à évaluer l'application des résultats à d'autres contextes (Creswell, 2014; Laperrière, 1997). Les notes prises dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse ont permis, entre autres, de décrire le contexte dans lequel s'est déroulée l'étude. Cette description exhaustive du contexte de l'étude permettra à d'autres chercheurs de réaliser cette étude dans des contextes différents.

La fiabilité des données est en lien avec la stabilité des données dans le temps et à travers diverses conditions (Creswell, 2014). Dans le cadre de cette étude, la fiabilité des données est assurée par la triangulation des données et les notes du journal de bord de l'étudiante-chercheuse. La fiabilité est également un facteur de la crédibilité en ce sens que, s'il y a absence de fiabilité, la crédibilité de l'étude est discutable (Fortin et Gagnon, 2016). Les données ont été collectées, retranscrites et analysées, le tout avec la vérification des directrices de recherche, par débriefage. L'appel à des vérificateurs permet que les résultats soient fiables et correctement appuyés (Creswell, 2014).

Puisque la confirmabilité renvoie à l'objectivité des données et de leur interprétation, la signification des données est vérifiée par des vérificateurs afin que tous obtiennent des conclusions similaires (Creswell, 2014; Laperrière, 1997). Un intercodage avec un deuxième codeur, autre que les directrices de recherche, permet d'assurer la congruence des données et de l'interprétation qui en est faite (Creswell, 2014). Plusieurs rencontres entre l'étudiante-chercheuse, le deuxième codeur ainsi que les directrices de recherche ont eu lieu pour discuter du codage et permettre un ajustement pour la suite du codage des données. Ces rencontres ont permis une comparaison entre tous les codes et une discussion sur les différences pour en arriver



à un consensus et ainsi assurer la fidélité du codage. Pour confirmer que les premières conclusions de l'analyse correspondent à leurs propos sur leurs perceptions du développement de l'autonomie professionnelle, les résultats ont été présentés aux participantes de l'étude et toutes les participantes ayant participé au retour ont manifesté leur accord avec ceux-ci.

### **Considérations éthiques**

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier à l'étude avant d'entamer le processus de recrutement des participantes, de collecte et d'analyse des données. Le certificat éthique se trouve à l'Appendice O. Lors du processus de collecte de données, qui a eu lieu environ deux semaines après le recrutement des participantes, les informations concernant la recherche ont été repartagées aux participantes et des réponses aux questions additionnelles ont été apportées. Le délai entre le recrutement des participantes et la période de collectes de données a permis d'allouer le temps de réflexion nécessaire concernant leur participation à l'étude et de respecter le consentement libre et éclairé de chacune. Les participantes ont signé le formulaire de consentement (Appendices G et I) lors des entretiens individuels semi-structurés ou des groupes de discussion, si elles désiraient toujours participer à la recherche. Les participantes ont été avisées qu'elles pouvaient se retirer de l'étude à tout moment et ce, sans avoir à justifier leur départ.

La confidentialité des renseignements personnels était assurée avant, pendant et après le processus de collecte de données, afin de ne pas nuire aux participantes ni à la relation de confiance entre l'étudiante-chercheuse et les participantes. Les coordonnées des participantes, les enregistrements audionumériques, les verbatims retranscrits, les questionnaires de données sociodémographiques et l'analyse des données sont également conservés dans des documents informatiques munis d'un mot de passe connu de l'étudiante-chercheuse et de ses directrices de recherche dans un ordinateur sécurisé. Ces données sont conservées pour une période de cinq ans et seront détruites par la suite.

Afin d'éviter l'identification des unités de soins à l'étude et des participantes, le nom du centre hospitalier et la spécialité où travaillent les IND et les préceptrices ne sont pas précisés dans les résultats de l'étude. De plus, les caractéristiques du milieu sont mentionnées dans l'étude de manière générale, sans détail permettant de l'identifier. Toutefois, les participantes

ont été informées de l'éventualité que la diffusion des résultats donne lieu à une identification indirecte de celles-ci étant donné le petit échantillon de cette recherche. La confidentialité des données recueillies est garantie par la mise en place de stratégies de protection de l'information comme l'utilisation d'un code plutôt que les noms des participantes pour identifier les données leur étant associées.

Bien qu'ils soient minimes, cette recherche aurait pu engendrer des inconvénients en matière de déplacement, de temps, de frais associés. Afin de diminuer l'impact de ces inconvénients liés à la participation à la recherche, l'étudiante-chercheuse a offert la possibilité de réaliser les entretiens individuels semi-structurés et les groupes de discussion à l'endroit et au moment qui convenait le plus aux participantes. Comme mentionné précédemment, les participantes à l'étude se sont vues offrir une compensation financière sous forme d'une carte-cadeau de 20\$ d'un magasin de café. Par ailleurs, la participation à l'étude, plus précisément le partage d'expériences, a pu susciter des besoins de soutien psychologique. À ce niveau et le cas échéant, les participantes ont été avisées qu'elles pouvaient recourir au service d'aide aux employés offerts par l'établissement où se déroulait l'étude. Ce service a été avisé par l'étudiante-chercheuse de la tenue de l'étude et des inconvénients potentiels.

## Résultats

Ce chapitre présente, dans un premier temps, le profil des participantes à l'étude, soit les caractéristiques des IND et des préceptrices. Puis, dans un deuxième temps, les résultats de l'étude seront exposés. Finalement, la modélisation des résultats par carte conceptuelle sera présentée et décrite.

### Profil des participantes

Les données de l'étude ont été obtenues par la participation volontaire d'IND et de préceptrices à des entretiens individuels semi-structurés et des groupes de discussion, respectivement. Les descriptions des caractéristiques des IND et des préceptrices qui ont participé à cette étude ont été effectuées à partir des résultats des questionnaires de données sociodémographiques dûment remplis par celles-ci lors de la tenue des activités de collectes des données.

**Infirmières nouvellement diplômées.** Au total, six IND ont participé aux entretiens individuels semi-structurés (n=6). Parmi ceux-ci, quatre provenaient de la cohorte ayant débuté le programme d'intégration en juin 2017 (n=4) alors que deux avaient débuté en septembre 2017 (n=2). Au total, on compte cinq femmes et un homme. L'âge moyen des IND est 27 ans. Cinq IND rencontrées travaillent sur l'unité de soins intensifs alors qu'une travaille sur l'unité de soins intermédiaires. Les IND rapportent qu'elles ont été orientées par quatre à cinq préceptrices lors de leur intégration sur leur unité de soins respective. Rappelons que la période de pratique clinique supervisée dans le cadre du programme d'intégration est d'environ six mois pour les IND intégrées sur les unités de soins intensifs. Lors de la collecte de données, les IND recrutées avaient environ six mois d'expérience clinique ce qui correspond à la période où peut être vécu le choc de la réalité décrit par Kramer (1974). Finalement, toutes les IND détiennent un diplôme universitaire en sciences infirmières.

**Préceptrices.** Quatre préceptrices ont participé aux groupes de discussion pour cette étude (n=4). Les deux groupes de discussion étaient constitués de deux préceptrices chacun. Parmi les préceptrices, on compte trois femmes et un homme. L'âge moyen des préceptrices rencontrées est 36 ans. Trois préceptrices travaillent sur l'unité de soins intensifs alors qu'une travaille sur l'unité de soins intermédiaires. Deux détiennent un diplôme d'études collégiales

alors que les deux autres détiennent un diplôme universitaire en sciences infirmières. Elles comptent, en moyenne, 13,5 ans d'expérience clinique en tant qu'infirmières et trois des participantes ont réalisé plus de cinq fois du préceptorat auprès des IND intégrées sur les unités de soins intensifs. L'autre préceptrice mentionne avoir réalisé de trois à cinq expériences de préceptorat auprès d'IND intégrées sur les unités de soins intensifs.

## **Résultats de l'étude**

Cette étude visait à explorer les perceptions d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. Le concept d'autonomie professionnelle et son développement à travers le début de parcours des IND sont centraux à cette étude. Les résultats de cette étude sont en lien avec les trois questions de recherche évoquées précédemment, soit: (1) Comment des IND et des préceptrices d'unités de soins intensifs conçoivent-elles l'autonomie professionnelle dans un programme d'intégration? (2) Comment des IND perçoivent-elles le développement de leur autonomie professionnelle dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration? (3) Comment des préceptrices perçoivent-elles le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?

De l'analyse de contenu réalisée ressortent trois thèmes principaux : début de carrière difficile pour les IND ; définitions de l'autonomie professionnelle ; facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Bien que ce n'était pas une question de recherche, les participantes ont tout d'abord évoqué les difficultés vécues par les IND en début de carrière lorsqu'elles ont abordé le développement de l'autonomie professionnelle. Dans ce chapitre, les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle selon les différentes perspectives des IND et des préceptrices seront ensuite exposés.

**Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées.** En discutant du développement de l'autonomie professionnelle, les préceptrices et les IND rencontrées ont fait part des difficultés que vivent ces dernières au cours de leur début de carrière dans un contexte d'intégration sur une unité de soins intensifs. Les participantes ont tout d'abord fait part des difficultés des IND dans le développement du rôle infirmier à leur début de carrière

comme infirmière. Plus particulièrement, les IND ont mentionné avoir de la difficulté à s'adapter au nouveau rôle professionnel qu'elles occupent, soit celui d'infirmière. Outre les stages cliniques réalisés lors de leur formation initiale, elles n'ont aucune expérience professionnelle dans le rôle d'infirmière sur une unité de soins. Pour celles-ci, il est donc difficile d'occuper ce rôle professionnel dès le lendemain de leur diplomation.

La situation de santé des patients hospitalisés sur les unités de soins intensifs est parfois instable. Les IND ont abordé les difficultés dans la prise en charge de ces patients et de la quantité d'interventions à effectuer afin que la prise en charge soit sécuritaire. Elles mentionnent qu'elles manquent de temps pour pouvoir réussir à faire toutes les interventions attendues auprès de la personne soignée : « Il y avait beaucoup de choses à faire [...] il n'y avait personne pour m'aider et j'avais l'impression que la journée n'allait pas se terminer » (IND01).

Dans le même sens, plusieurs IND ont également rapporté des difficultés dans la priorisation des soins prodigués aux patients hospitalisés sur une unité de soins intensifs. Devant l'instabilité des patients et le nombre d'interventions à effectuer, il devient difficile pour les IND d'organiser leur travail et de prioriser les soins à prodiguer :

Il faut que tu gères tout en même temps. Des fois, ça peut être stressant. Tu ne sais pas par où commencer. Mais tu ne peux pas l'avoir dès le début parce qu'il faut que tu le développes. Ça vient avec l'expérience (IND02).

Ça prit du temps pour m'adapter, au niveau de la vitesse et de l'organisation. Savoir les priorités, ça aussi c'est difficile. [...] qu'est-ce que je devrais aller voir en premier? (IND03).

Les IND et les préceptrices rencontrées mentionnent que les IND vivent beaucoup de stress lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs ou à l'approche de la fin de la pratique clinique supervisée. La fin de la période de pratique clinique supervisée signifie que les IND auront à assumer la responsabilité d'un ou de plusieurs patients de façon autonome. Les IND vivent donc beaucoup d'anxiété en lien avec les responsabilités professionnelles auxquelles elles font face : « Ça se passait bien, mais au fond de moi, j'étais stressée. Mais je ne le laissais pas paraître » (IND01).

En accompagnant les IND dans leur début de carrière professionnelle, les préceptrices observent également les diverses difficultés vécues par les IND. Elles reconnaissent le stress vécu par les IND au début de l'intégration sur l'unité de soins intensifs : « Elles ont beaucoup de pression, c'est certain » (PRE02).

De plus, les préceptrices sont également conscientes que leur présence, particulièrement si cette présence est constante, peut également être un élément stressant pour les IND en intégration sur les unités de soins intensifs: « Si la préceptrice est toujours à côté d'elles, [elles] vont sentir la pression et c'est stressant » (PRE04).

Par ailleurs, le stress vécu peut être perçu positivement dans le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Le stress vécu en début de pratique professionnelle peut être vécu, par certaines IND, comme une motivation à bien faire son travail, une pression de performance: « Tu vis ce stress, mais ça te pousse à t'améliorer parce que tu veux être meilleure » (IND02).

Beaucoup d'insécurité, de doutes et de peurs sont vécus par les IND dès leur début de carrière sur les unités de soins intensifs. Elles ont beaucoup de questionnements et remettent en doute constamment leurs interventions, leur raisonnement clinique infirmier et les décisions prises concernant les soins des patients : « J'avais peur de manquer de temps. J'avais peur aussi... Est-ce que je vais oublier des choses importantes? Est-ce que je fais bien les choses? » (IND03). Pour certaines IND, le partage de leurs peurs et de leurs craintes aux conseillères-cadre en soins infirmiers ou à leurs préceptrices semble les aider à cibler des pistes de solutions : « Durant mes rencontres avec les conseillères et les préceptrices, j'exposais c'était quoi mes peurs, mes craintes. Je pense que le fait de mentionner ça et le fait d'avoir travaillé ça avec eux m'a beaucoup aidé » (IND01).

Le tableau suivant comporte les éléments relatifs au thème « Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées ».

Tableau 8 Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées

| <b>Éléments relatifs au début de carrière difficile pour les IND</b> |
|--|
| Difficulté dans l'adaptation dans le nouveau rôle                    |
| Difficulté dans la prise en charge des patients                      |
| Difficulté dans la priorisation des soins                            |

C'est dans le contexte d'un début de carrière difficile pour les IND que celles-ci et les préceptrices rencontrées ont discuté d'une définition du concept d'autonomie professionnelle.

**Définitions de l'autonomie professionnelle.** Pour répondre à la première question de recherche « Comment des IND et des préceptrices d'unités de soins intensifs conçoivent-elles l'autonomie professionnelle dans un programme d'intégration? », les participantes ont défini ce qu'est le concept d'autonomie professionnelle. Tout d'abord seront présentées les perceptions des IND puis celles des préceptrices sur leur conception de l'autonomie professionnelle dans un contexte d'intégration sur une unité de soins intensifs.

**Perceptions des IND.** Les IND définissent le concept d'autonomie professionnelle comme étant la capacité de prendre des décisions aux bons moments et d'avoir confiance en ces décisions. Pour celles-ci, il demeure important de pouvoir demander de l'aide à une personne-ressource. Cependant, elles se questionnent sur la légitimité de demander de l'aide:

[une infirmière autonome] c'est quelqu'un qui peut se débrouiller tout seul avec son patient. [...] c'est une personne qui est capable de prendre des décisions, est capable de déléguer des tâches quand elle sent que c'est nécessaire, de demander de l'aide quand c'est nécessaire aussi, de discuter avec l'équipe si elle a des questions, de bien prendre en charge la famille du patient (IND02).

Parallèlement, selon les perceptions des IND, une infirmière autonome aux soins intensifs doit avoir une vision globale de la situation de santé du patient afin de prendre en charge complètement, de déterminer les interventions à effectuer auprès du patient et d'être en mesure de trouver des solutions seule: « Je dirais savoir prendre en charge le patient, organiser les soins, diriger les soins du patient. Savoir quoi faire dans telle ou telle situation » (IND06). « Imaginons dans le pire des scénarios que t'es toute seule et personne n'est capable de t'aider et il faut que tu sois capable de te débrouiller » (IND02).

Pour les IND rencontrées, l'autonomie professionnelle implique la prise de conscience des responsabilités professionnelles envers les soins à prodiguer aux patients. Être autonome

implique que les IND deviennent responsables du patient duquel elles prennent soin : « [...] Si quelque chose arrive, j'ai ma préceptrice avec moi et elle saura quoi faire. Mais là, je suis toute seule, c'est mon patient, c'est moi qui dois prendre des décisions » (IND01).

Par ailleurs, une IND ajoute que la définition de l'autonomie professionnelle évolue dans le temps et que cette définition n'est pas la même au moment de l'entretien comparativement à la définition d'autonomie au tout début de sa pratique professionnelle. La définition de l'autonomie professionnelle de cette IND a évolué selon son apprentissage du rôle de l'infirmière sur une unité de soins intensifs et en fonction des objectifs professionnels qu'elle se donne.

*Perceptions des préceptrices.* Pour les préceptrices rencontrées, l'autonomie professionnelle d'une infirmière œuvrant sur une unité de soins intensifs réside dans la prise en charge du patient, comprenant non seulement la surveillance clinique, mais également la gestion des soins d'un patient pouvant présenter une situation de santé instable. Selon les préceptrices, une infirmière autonome est en mesure de coordonner les soins du patient et d'avoir une prise de conscience des responsabilités professionnelles sous-entendues dans l'autonomie professionnelle :

Qu'elle assure la prise en charge d'un patient dans toutes les sphères. C'est sûr qu'être autonome, ça ne veut pas dire d'être capable de tout faire [...] mais c'est toi qui as la gestion du patient et t'as le contrôle (PRE04).

Dans un même ordre d'idées, pour les préceptrices, une infirmière autonome travaillant sur une unité de soins intensifs est autonome dans la prise de décision entourant les soins à prodiguer aux patients. « [Être autonome] c'est peut-être dans la prise de décision, dans la marge de manœuvre dans la prise de décision » (PRE01). La prise de décision de l'infirmière reposera sur les données collectées lors de l'évaluation clinique du patient, le raisonnement clinique infirmier dans l'interprétation de ces données et les interventions qui en découleront.

Par ailleurs, il se peut que l'infirmière travaillant sur une unité de soins intensifs se retrouve devant une situation où elle ne sait pas comment agir. Selon les préceptrices rencontrées, une infirmière autonome sait reconnaître l'anormalité de la situation en se basant sur l'évaluation clinique initiale et fait une utilisation de ressources diversifiées pour chercher



les informations dont elle a besoin pour répondre à ses questionnements : « Quand elles vont être autonomes, elles savent quelles ressources aller chercher » (PRE03).

Pour plusieurs préceptrices rencontrées, être autonome sur une unité de soins intensifs implique une certaine autocritique de la part des IND quant à la reconnaissance de leurs limites. Une préceptrice explique qu'elle considère les IND autonomes lorsque : « elles ne savent pas tout, mais elles vont savoir ce qu'elles ne savent pas » (PRE01). Selon une autre préceptrice, dans le cas contraire, lorsque des IND posent une intervention sans en connaître les conséquences, elles ne sont pas considérées comme autonomes pour travailler seules sur une unité de soins intensifs et requièrent une supervision clinique d'une préceptrice.

Toutes les préceptrices rencontrées s'entendent sur le fait qu'une infirmière travaillant sur une unité de soins intensifs, peu importe son expérience professionnelle, doit avoir recours à l'aide de ses collègues au moment opportun. Une préceptrice souligne qu'une infirmière autonome c'est : « [...] accepter que, des fois, tu es dépassée et de déterminer aussi quand est-ce que tu as besoin d'aide et quand est-ce que tu demandes de l'aide [...] » (PRE03).

Les préceptrices mentionnent également que la demande d'aide n'est pas perçue de la même façon chez les IND et les préceptrices. Elles indiquent que, pour les IND, demander de l'aide signifie ne pas être en mesure de réaliser toutes les interventions qu'elles devaient accomplir et qu'elles ne sont pas autonomes dans leur pratique professionnelle. Par contre, une préceptrice mentionne que : « C'est de leur faire comprendre aussi que même si elles avaient dix ans d'expérience, il y aurait quand même plein de monde qui serait venu les aider parce que le patient nécessitait ça » (PRE03). Finalement, le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur une unité de soins intensifs est perçu comme un long processus par les préceptrices rencontrées. Celles-ci décrivent le développement de l'autonomie professionnelle en développement continue.

Les éléments relatifs au thème « Définitions de l'autonomie professionnelle » sont résumés dans le Tableau 9 selon les perceptions des IND et des préceptrices.

Tableau 9 Définitions de l'autonomie professionnelle

| <b>IND</b>                                      | <b>Préceptrices</b>                                |
|---|--|
| Capacité de prendre des décisions au bon moment | Être en mesure de prodiguer les soins aux patients |

|   |  |
|---|--|
| Se questionner sur la légitimité de la demande d'aide   | Prendre de conscience des responsabilités professionnelles |
| Avoir une vision globale de la situation de santé       | Être autonome dans la prise de décision                    |
| Trouver des solutions                                   | Importance de l'évaluation clinique du patient             |
| Prendre conscience des responsabilités professionnelles | Chercher les informations et les ressources                |
|   | Reconnaitre ses limites                                    |
|   | Se questionner sur la légitimité de la demande d'aide      |
|   | Développement continue de l'autonomie professionnelle      |

En tentant de dégager des définitions de l'autonomie professionnelle, les participantes à la recherche ont fait ressortir les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des IND, tant les facteurs facilitants que les facteurs contraignants.

**Facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle.** Le prochain thème répond aux deux autres questions de recherche « Comment des IND perçoivent-elles le développement de leur autonomie professionnelle dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration? » et « Comment des préceptrices perçoivent-elles le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration? ». Les perceptions des IND puis les perceptions des préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle seront présentées.

*Perceptions des IND. Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle.* Selon les propos des IND rencontrées, des facteurs favorisent le développement de leur autonomie professionnelle lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs. Ces facteurs ont été catégorisés en facteurs intrinsèques, ce qui est inhérent aux IND, et extrinsèques, ce qui est externe aux IND.

Comme facteurs intrinsèques, les IND rencontrées ont relevé que leur motivation à devenir autonome dans leur pratique était un facteur important au développement de l'autonomie professionnelle. Les IND motivées à apprendre et désirant offrir des soins de qualité

aux patients semblent développer plus facilement leur autonomie professionnelle dans le cadre de leur travail sur l'unité de soins intensifs : « Je pense aussi que la motivation pourrait aider aussi. Si tu n'es pas motivé, tu ne peux pas développer ton autonomie » (IND01). La curiosité intellectuelle et l'envie d'apprendre sont également identifiées par les IND rencontrées comme étant des facteurs facilitant le développement de l'autonomie professionnelle.

Les apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures sont également identifiés comme un facteur intrinsèque favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. La mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures permet aux IND de faire des liens avec les situations auxquelles elles sont exposées et ainsi développer son autonomie professionnelle :

Il y a des situations que je n'ai pas encore vécues. Je préfère demander de l'aide de mes collègues dans ce cas-là. Mais si j'ai déjà vécu [la situation] et je sais ce qui a été fait, je préfère agir de la façon qui avait été faite précédemment (IND01).

Les IND rencontrées ont également discuté de plusieurs facteurs extrinsèques pouvant également contribuer de façon positive au développement de leur autonomie professionnelle. Parallèlement aux facteurs intrinsèques identifiés, comme la mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures, les IND rencontrées dans le cadre de la recherche, ont évoqué l'importance du temps et du développement du savoir expérientiel par l'accumulation d'expériences pour le développement de leur autonomie professionnelle. « Au fur et à mesure que le temps passait, j'avais plus de confiance en moi, je savais comment agir quand telle situation se produit » (IND01).

Je pense que c'est beaucoup avec l'expérience, avec chaque jour qui passe, avec chaque patient qui arrive, tu en développes un peu plus. Donc, je pense que chaque fois que tu fais quelque chose que t'es moins à l'aise à le faire, tu deviens de plus en plus autonome parce que tes connaissances augmentent (IND02).

Par ailleurs, la collaboration des pairs est identifiée comme un facteur contribuant au développement de l'autonomie professionnelle des IND. Les IND ont identifié ce facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle puisque le travail d'équipe est omniprésent sur l'unité de soins intensifs et les IND se sentent en confiance de travailler sur

cette unité de soins : « Dans le fond, ce qui est bien de l'unité de soins intensifs, c'est que tu n'es pas vraiment toute seule parce qu'il y a l'équipe qui peut venir t'aider » (IND02).

Également, la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle permet de favoriser le développement de l'autonomie professionnelle. Poser des questions aux autres professionnels de la santé travaillant sur l'unité de soins intensifs, comme les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes, les médecins intensivistes, accroît les connaissances et fournissent les outils aux IND : « Tu leur poses des questions et c'est vraiment important dans l'autonomie d'apprendre par les autres, d'être capable d'apprendre des autres professionnels [...] » (IND03).

Les IND rencontrées apprécient la possibilité de demander de l'aide à leurs collègues et la disponibilité de ceux-ci pour répondre à leurs questions. Elles sentent que le fait de pouvoir demander de l'aide à leurs collègues facilite le développement de leur autonomie professionnelle et la délégation consciente de certaines interventions est perçue comme une forme de leadership. Cela permet aussi de faire un bilan sur la situation et déterminer la priorisation des interventions à effectuer : « [...] ça démontre que tu connais tes priorités parce que tu délègues des tâches à des collègues qui offrent leur aide. Donc, ça demande aussi une forme de leadership tout en démontrant de l'autonomie » (IND03).

Poser des questions et apprendre des préceptrices avec qui elles sont jumelées semblent très important pour les IND pour le développement de leurs connaissances. De plus, elles semblent apprécier être jumelées avec plusieurs préceptrices lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs : « Je trouve ça bénéfique d'avoir plusieurs préceptrices parce qu'on a une combinaison de styles et chacun apporte quelque chose de différent » (IND05).

Contrairement à ce qui est mentionné précédemment, la présence des préceptrices peut aussi être synonyme de réassurance et de sécurité. Selon les IND, les préceptrices avec qui elles sont jumelées augmentent leur confiance en elles, contribuent à leur développement professionnel et leur donnent des outils pour le développement de leur autonomie professionnelle. Par ailleurs, une IND mentionne que la présence des préceptrices ne doit pas être constante, soit par la supervision clinique moins étroite afin de favoriser le développement de l'autonomie professionnelle. Les préceptrices doivent garder une certaine distance physique afin que les IND puissent prendre des décisions par elles-mêmes :

Une préceptrice c'est comme un filet de sécurité qui est tout le temps là. À un certain temps, le filet de sécurité, il doit partir. C'est comme pour les petites roues en vélo. Tu ne feras jamais de vélo si tu mets tout le temps les petites roues (IND04).

*Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle.* Plusieurs facteurs ont également été identifiés comme étant contraignants au développement de l'autonomie professionnelle des IND. Il a été énoncé plus tôt que le contexte de la pratique clinique supervisée peut favoriser le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Mais il semble aussi qu'il puisse être contraignant. En effet, les IND rencontrées mentionnent que, parfois, le contexte de la pratique clinique supervisée peut brimer le développement de l'autonomie professionnelle des IND en imposant à celles-ci une façon de travailler qui ne serait pas nécessairement celle qu'elles utiliseraient : « Ne pas me laisser l'autonomie de m'organiser comme je m'organiserais. M'imposer une organisation de travail qui n'est pas la mienne » (IND05).

Aussi, demander de l'aide peut devenir un facteur contraignant au développement de l'autonomie professionnelle des IND si la demande d'aide devient très fréquente et témoigne de l'insécurité des IND à prodiguer les soins aux patients :

Mais c'est difficile de savoir quand une infirmière normale aurait demandé de l'aide. Donc, au début, tu te pousses un peu plus. Tu sais, si je demande de l'aide à tout le monde, je ne vais jamais acquérir de la rapidité. Tout le monde fait mon travail à ma place (IND04).

Demander de l'aide trop fréquemment témoignerait d'un manque de confiance pour prendre des décisions et réaliser des interventions auprès du patient duquel elles ont la responsabilité. Le cas échéant, les IND n'ont pas le courage d'intervenir auprès du patient sans l'approbation d'une personne de confiance, soit leur préceptrice ou une conseillère-cadre en soins infirmiers : « Le manque de confiance en soi, ça pourrait un peu empêcher le développement de l'autonomie [...]. Et si tu n'as pas confiance en toi, tu ne pourras pas avoir le cran de faire quelque chose » (IND01). Or, ce manque de confiance des IND a été identifié comme un facteur contraignant au développement de l'autonomie professionnelle.

*Perceptions des préceptrices.* Tout comme les IND, les préceptrices ont identifié plusieurs facteurs pouvant avoir une influence sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur une unité de soins intensifs.

*Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle.* Parmi les facteurs intrinsèques pouvant influencer le développement de l'autonomie professionnelle, les préceptrices rencontrées par le biais de groupes de discussion ont identifié la mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures comme facteurs pouvant favoriser le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Elles rapportent que l'exposition antérieure aux diverses situations auxquelles elles sont susceptibles de faire face permet de développer leur savoir expérientiel. Le savoir expérientiel acquis permettra éventuellement de développer leur autonomie professionnelle en sachant comment agir devant la situation devant laquelle elles sont confrontées :

Quand elles ont été exposées avant, ça fait une différence. Aussi, si elles ont été exposées à plein de techniques, qu'elles ont pratiquées, il y a une différence aussi. Elles prennent un peu plus de rapidité. Donc, elles prennent un peu plus de confiance et un peu plus d'autonomie rapidement (PRE04).

Lors de la pratique clinique supervisée des IND sur l'unité de soins intensifs, les préceptrices ont identifié que des IND qui posent beaucoup de questions favorise le développement de leur autonomie professionnelle. En effet, lorsque les IND posent des questions aux préceptrices, cela permet à celles-ci d'observer et d'apprécier le raisonnement clinique infirmier des IND. Ainsi, les préceptrices peuvent comprendre la réflexion derrière la prise de décision des IND et, au besoin, revoir certaines notions cliniques. L'accompagnement des IND par les préceptrices devient optimal et le développement de l'autonomie professionnelle des IND est favorisé :

Moins elles posent des questions, moins tu sais ce qu'elles pensent et tu ne sais juste pas où elles s'en vont dans leur tête, si elles font les bons liens et prennent les bonnes décisions. Tandis qu'à l'inverse [celles] qui posent des questions, on voit le cheminement dans leur tête (PRE03).

Lors de la pratique clinique supervisée, la formulation d'objectifs professionnels par les IND en lien avec leur intégration semble favoriser le développement de leur autonomie professionnelle. Lorsque les IND verbalisent des objectifs, les préceptrices peuvent identifier ce que les IND désirent travailler pour faciliter le développement de leur autonomie professionnelle.

Comme facteurs extrinsèques, les préceptrices ont également identifié la demande d'aide à leurs collègues et l'utilisation des ressources disponibles comme des facteurs facilitants le développement de l'autonomie professionnelle des IND : « Être capable d'aller chercher leurs informations, d'aller sur intranet, d'aller chercher les techniques, c'est ça développer leur autonomie » (PRE02).

Les préceptrices rencontrées ont identifié que le développement de l'autonomie professionnelle des IND semble favorisé lorsque les préceptrices offrent une supervision clinique moins étroite vers la fin de la période d'intégration. Elles mentionnent que si la supervision clinique est constante, les IND ne pourront jamais être autonomes dans leur pratique professionnelle : « Un moment donné, je pense qu'il faut les lâcher dans le vide [...]. Comme un enfant à vélo... [...] » (PRE01). Elles mentionnent que si elles font confiance aux IND, les préceptrices seront plus enclines à laisser plus d'espace aux IND qu'elles orientent.

*Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle.* Par ailleurs, les préceptrices ont également mentionné que leur présence pouvait avoir un impact négatif sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND. En effet, lors de la pratique clinique supervisée sur l'unité de soins, les préceptrices ont observé qu'une supervision clinique étroite auprès des IND pouvait nuire au développement de leur autonomie professionnelle. Les occasions de pratique professionnelle autonome sont moins présentes et le développement de l'autonomie professionnelle n'est pas optimal quand les IND sont constamment accompagnées de leur préceptrice. Elles mentionnent que les IND ont besoin d'espace pour prendre des décisions par elles-mêmes.

L'influence de l'environnement a été identifiée par les préceptrices comme un facteur pouvant influencer négativement le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Dans un milieu de soins où les patients présentent une situation de santé pouvant être instable,

les occasions d'apprentissage sont parfois bousculées devant le nombre d'interventions à effectuer rapidement et l'apprentissage des IND n'est pas optimal :

C'est stressant quand tu commences dans un nouveau milieu et un milieu de soins critiques. Les patients sont super instables, tu n'as pas le temps d'enseigner. Donc [elles] aussi, elles ont l'impression qu'[elles] ne sont pas à leur place, qu'[elles] n'ont pas trop appris [...] (PRE03).

Les tableaux 10 et 11 présentent respectivement les éléments relatifs au thème en résumant les facteurs favorisant et contraignant le développement de l'autonomie professionnelle des IND selon les perceptions des IND et des préceptrices :

Tableau 10 Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle

| <b>IND</b>   | <b>Préceptrices</b>  |
|--|--|
| <b>Facteurs intrinsèques</b>   |  |
| Motivation à être autonome   | Mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures |
| Curiosité intellectuelle   | Poser des questions  |
| Mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures | Formuler des objectifs professionnels  |
| <b>Facteurs extrinsèques</b>   |  |
| Temps  | Demander de l'aide   |
| Développement du savoir expérientiel   | Supervision clinique moins étroite   |
| Collaboration dans l'équipe inter et intraprofessionnelle                          | Faire confiance aux IND  |
| Demander de l'aide   |  |
| Poser des questions et apprendre de l'autre  |  |
| Sécurité et réassurance par la présence de la préceptrice                          |  |

Tableau 11 Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle

| <b>IND</b>                                     | <b>Préceptrices</b>          |
|--|------------------------------|
| Contraintes de la pratique clinique supervisée | Supervision clinique étroite |
| Demander de l'aide (perception négative)       | Influence de l'environnement |
| Manquer de confiance en soi                    |                              |



## **Modélisation des résultats par carte conceptuelle**

La représentation des résultats, sous forme de carte conceptuelle, permet d'illustrer, de mettre en relation et de résumer les principaux thèmes autour du développement de l'autonomie professionnelle des IND sur une unité de soins intensifs tels que décrits par les IND et les préceptrices rencontrées.

L'autonomie professionnelle est définie comme la capacité à prendre des décisions aux bons moments. Cette prise de décision repose sur l'évaluation clinique initiale et continue de la personne soignée ce qui permet la collecte de données et leur interprétation. L'autonomie professionnelle implique également de la reconnaissance des anomalies et la vision globale de la situation de santé des patients. Cette vision globale permet la prise en charge complète du patient hospitalisé sur l'unité de soins intensifs comprenant non seulement la surveillance clinique, mais également la gestion des soins d'un patient pouvant présenter une situation de santé critique. La prise en charge complète du patient implique également la prise de conscience des responsabilités professionnelles sous-entendues dans l'autonomie professionnelle. L'autonomie professionnelle implique que l'infirmière soit en mesure de trouver des solutions sans nécessairement demander de l'aide à ses collègues permettant une utilisation des ressources diversifiées offertes. Les guides de médicaments et les recueils de techniques de soins mis à la disposition des infirmières sont des exemples de ressources diversifiées offertes sur les unités de soins. L'utilisation des ressources, autres que les collègues, suggère que l'infirmière est en mesure de trouver l'information dont elle a besoin pour répondre à ses questionnements et semble démontrer une autonomie professionnelle. Être autonome signifie aussi que l'infirmière reconnaît ses limites et accepte l'aide de ses collègues au moment opportun.

L'autonomie professionnelle des IND est considérée en développement continu. Tout d'abord, la motivation et la curiosité intellectuelle sont identifiées comme des facteurs facilitant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. De plus, le développement du savoir expérientiel par l'accumulation d'expériences, soit la mobilisation des apprentissages des IND réalisés lors de situations cliniques antérieures, permet de faire des liens avec la situation clinique actuelle. Ceci favorise non seulement le développement de l'autonomie professionnelle des IND, mais également la confiance des IND qui, à son tour, favorise le développement de leur autonomie professionnelle. La mobilisation des apprentissages réalisés lors de situations

cliniques antérieures ne peut pas se faire dès le début de l'intégration sur l'unité de soins puisque l'exposition à diverses situations cliniques nécessite du temps. La disponibilité des collègues des IND favorise également le développement d'un sentiment de confiance des IND. Dans le même sens, la collaboration inter et intraprofessionnelle semble démontrer le travail d'équipe entre les professionnels sur les unités de soins intensifs. Les membres de l'équipe de soins partagent des connaissances et fournissent des outils aux IND et, par conséquent, augmentent la confiance des IND. Les préceptrices contribuent également au développement de l'autonomie professionnelle des IND par leur présence suscitant des sentiments de sécurité et de réassurance chez les IND. Poser des questions permettrait aux IND d'accroître leurs connaissances et d'augmenter leur confiance en soi et ainsi favoriser le développement de leur autonomie professionnelle. Aussi, lorsque les IND posent des questions aux préceptrices lors de leur intégration, les préceptrices peuvent observer et apprécier leur raisonnement clinique infirmier et revoir, au besoin, certaines notions cliniques. Les préceptrices, lorsqu'elles ont confiance envers les IND, démontrent une présence moins constante auprès des IND, ce qui augmente la confiance en soi des IND. Également, la formulation d'objectifs professionnels par les IND permet d'outiller les préceptrices et optimiser l'accompagnement des IND vers le développement de l'autonomie professionnelle. Dans des situations données, demander de l'aide et déléguer certaines interventions à leurs collègues peut également indiquer que les IND sont en mesure de prioriser les interventions tout en démontrant une confiance en soi et le développement de l'autonomie professionnelle. La confiance en soi des IND semble augmenter en lien avec le développement des compétences de celles-ci.

Par ailleurs, demander de l'aide trop fréquemment et de façon répétitive pour le même type de questionnement peut démontrer de l'insécurité et un manque de confiance de la part des IND. Ce manque de confiance ne suscite pas le développement de l'autonomie professionnelle puisque les IND n'ont pas la confiance de prendre des décisions et de réaliser des interventions auprès du patient duquel elles ont la responsabilité. Également, l'imposition d'une organisation de travail par les préceptrices dans un contexte de pratique clinique supervisée peut contraindre le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Aussi, la supervision clinique étroite des préceptrices signifie la présence constante des préceptrices auprès des IND et diminue les occasions de pratique professionnelle autonome de celles-ci. Finalement, l'environnement, soit

l'unité de soins intensifs, où on retrouve souvent des patients dont la situation de santé peut être instable, semble restreindre le développement de l'autonomie professionnelle des IND. L'instabilité de la situation de santé des patients augmente le nombre d'interventions à effectuer entraînant l'urgence d'agir auprès de cette clientèle. L'instabilité de la situation de santé du patient diminue le temps de réflexion et de discussion entre les IND et les préceptrices, ce qui limite les occasions d'apprentissage des IND et par conséquent, le développement de leur autonomie professionnelle.

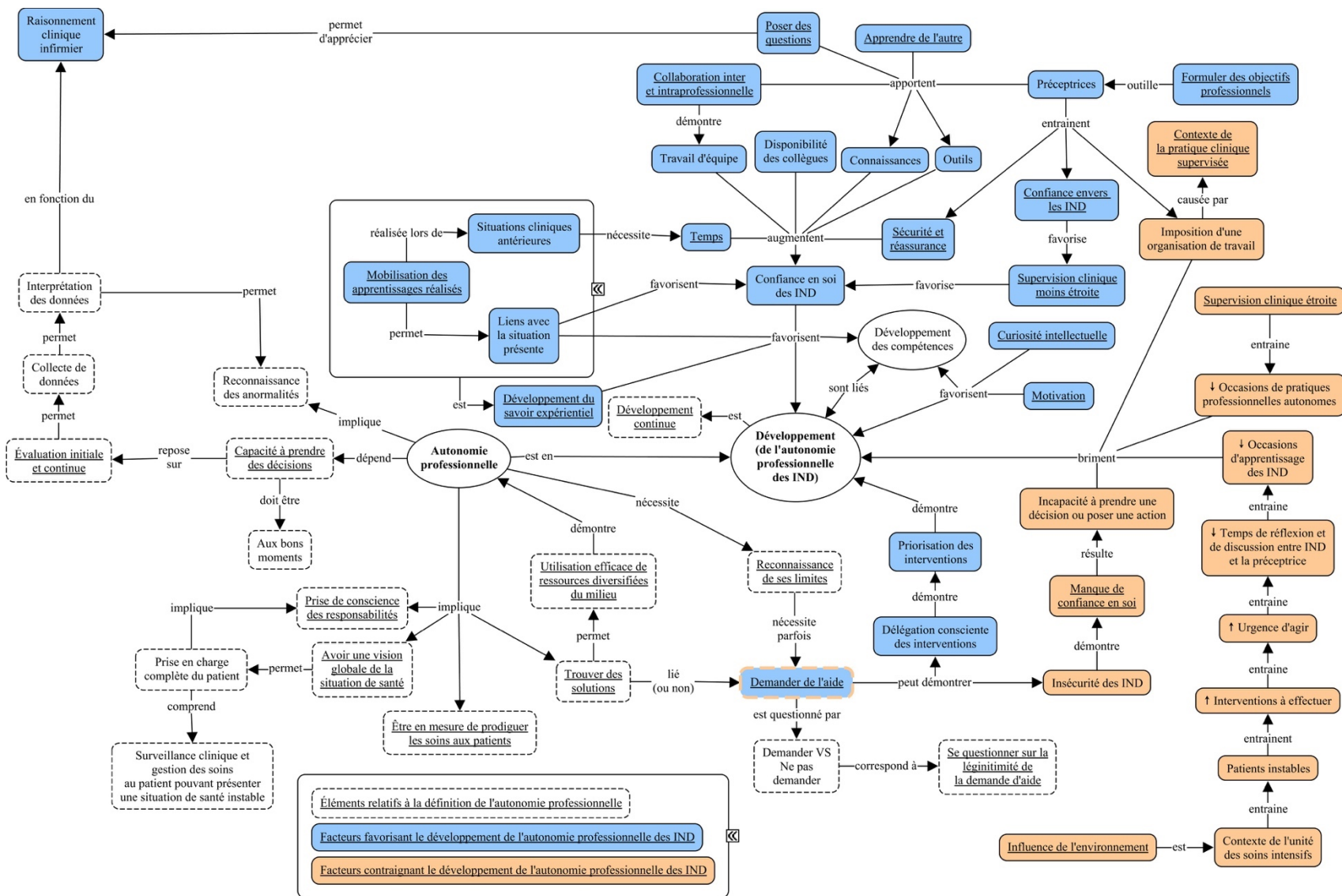


Figure 2. Carte conceptuelle présentant une modélisation des résultats

## Discussion

Les résultats de l'étude suscitent des réflexions quant au début de carrière difficile pour les IND, aux définitions de l'autonomie professionnelle et aux facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

### **Début de carrière difficile pour les infirmières nouvellement diplômées**

Les participantes font mention du début de carrière difficile pour les IND intégrées sur l'unité de soins intensifs et de diverses difficultés rencontrées. L'adaptation au nouveau rôle d'infirmière fait notamment partie des difficultés vécues par les IND dès leur début de carrière et est définie par le modèle sur le choc de la transition de Duchscher (2009). Généralement d'une durée de quatre à six mois, cette période est caractérisée par la confrontation à des changements d'ordre physique, intellectuel, émotionnel, développemental et socioculturel (Duchscher, 2009). D'autres auteurs mentionnent que les IND ont besoin de développer des stratégies d'adaptation lors de leur transition du statut d'étudiante à celui de professionnelle de la santé (McCalla-Graham et De Gagne, 2015).

Les IND participantes à cette étude mentionnent également que, dans leur début de carrière sur l'unité de soins intensifs, elles ont eu des difficultés dans la prise en charge des patients, particulièrement devant l'instabilité de la situation de santé que peuvent présenter les patients. Le nombre d'interventions à effectuer complique l'organisation du travail des IND en début de carrière. Selon O'Kane (2012), un des principaux défis dans la transition des IND sur l'unité de soins intensifs correspond à la gestion du temps. Dans le même sens, les IND participantes à l'étude ont mentionné des difficultés dans la priorisation des soins prodigués aux patients. Benner (1982) mentionne qu'une des caractéristiques de l'infirmière « débutante », ici les IND, est la difficulté à établir des priorités lors des situations de soins plus complexes. Casey et al. (2004) abondent le même sens dans leur étude.

Les IND et les préceptrices font mention du stress vécu par les IND en lien avec l'augmentation des responsabilités professionnelles que représente cette transition. L'augmentation des responsabilités professionnelles des IND qui accompagne le développement de l'autonomie professionnelle leur crée beaucoup de stress (Higgins et al., 2010). Le stress peut également être lié au manque de confiance en soi (Volny et al., 2016). Par

ailleurs, les collègues de travail et leur soutien sont importants pour exprimer les difficultés vécues et ainsi, diminuer le stress (DeGrande et al., 2018).

Finalement, les IND rencontrées ont fait part des doutes, des peurs et des insécurités du début de carrière. Elles remettent constamment en question leurs décisions prises et leurs interventions. Elles ont peur de commettre des erreurs (St Clair, 2013) et mentionnent ne pas être assez confiantes ni avoir suffisamment développé leurs compétences cliniques pour exercer une pratique professionnelle autonome (Casey et al., 2004; Cheeks et Dunn, 2010; Clark et Holmes, 2007; Fink et al., 2008; Higgins et al., 2010; Oermann et Garvin, 2002; Ortiz, 2016). Bien que l'identification des difficultés ne fit pas partie des questions de recherche, les réponses des participantes permettent de mettre en lumière des difficultés vécues par des IND malgré un programme d'intégration ayant une structure et les composantes pédagogiques d'un PRI. La reconnaissance des difficultés vécues par les IND lors de leur intégration sur les unités de soins intensifs permet une prise de conscience nécessaire pour les préceptrices afin de favoriser le développement professionnel des IND et d'améliorer leur transition dans la pratique. Il serait intéressant d'identifier des stratégies à adopter pour diminuer l'impact de ces difficultés sur la transition des IND et, ultimement, favoriser le développement de leur autonomie professionnelle.

### **Définitions de l'autonomie professionnelle**

Les IND, tout comme les préceptrices, ont défini le concept d'autonomie professionnelle comme étant la capacité à prendre des décisions aux bons moments et la prise de conscience des responsabilités professionnelles concernant les soins prodigués aux patients dont l'infirmière aura la responsabilité. Cette définition congrue avec la définition choisie dans le modèle proposé pour le cadre conceptuel de cette étude. En effet, le modèle proposé prenait appui sur Létourneau (2017) définissant l'autonomie professionnelle comme : « une valeur de notre profession se traduisant par la capacité de prendre des décisions dans l'intérêt du client, en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte ». Selon Kramer et Schmalenberg (2008), la prise de décision selon les meilleures pratiques et la liberté d'agir selon le bien-être du patient traduisent l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Les définitions des participantes sont également en lien avec l'analyse de concept de Ballou (1998) qui définit l'individu autonome comme étant capable, en fonction de sa réflexion critique, de décider de

ses interventions de façon indépendante. L'OIIQ (2015), dans le code de déontologie régissant la profession infirmière, stipule que l'infirmière doit prendre des décisions de façon indépendante sans qu'une intervention d'un tiers vienne influencer ses interventions. Subséquemment, l'indépendance dans la prise de décision est un élément central dans le concept de l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Par ailleurs, d'autres auteurs poussent plus loin la réflexion concernant l'autonomie professionnelle, plus particulièrement dans le contexte de l'unité de soins intensifs. Varjus, Suominen et Leino-Kilpi (2003) mentionnent que l'indépendance dans la prise de décision semble conséquente à l'expérience des infirmières travaillant sur l'unité de soins intensifs. Plus une infirmière est expérimentée, plus elle revendique son indépendance dans la prise de décision (Varjus et al., 2003). Ces mêmes auteurs notent également l'importance qu'accordent les infirmières de l'unité de soins intensifs aux prises de décision et aux actions posées de façon autonome dans les soins aux patients (Varjus et al., 2003).

Certains auteurs mentionnent que les IND, dans leur début de carrière, luttent entre vouloir être indépendantes dans leurs actions et être dépendantes de leur préceptrice (Casey et al., 2004). Le concept de la demande d'aide est abordé dans les définitions de l'autonomie professionnelle des IND et des préceptrices. Les IND et les préceptrices mentionnent qu'une infirmière, malgré le fait qu'elle soit considérée comme autonome, peut parfois demander de l'aide à ses collègues de travail. Par ailleurs, cette demande d'aide doit être nuancée et doit être faite lorsque nécessaire. Lorsque trop fréquente, elle pourrait témoigner de l'insécurité de l'infirmière à réaliser ses interventions. Les préceptrices rencontrées font cependant mention que la demande d'aide peut être perçue négativement par les IND, particulièrement en début d'intégration sur l'unité de soins intensifs parce qu'elles veulent prouver qu'elles ont leur place sur l'unité de soins intensifs. Les IND s'interrogent sur les questions appropriées à poser lorsqu'elles demandent de l'aide à leurs collègues (Walker et al., 2013). Par ailleurs, aucune étude recensée ne fait le lien entre la demande d'aide aux collègues de travail et l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Une telle relation entre la demande d'aide et le développement de l'autonomie professionnelle des IND pourrait être intéressante, particulièrement dans un contexte d'unité de soins intensifs où la collaboration intra et interprofessionnelle est omniprésente. Demander de l'aide ne semble pas avoir la même signification selon le niveau du

développement des compétences des IND. Par exemple, l'équipe de soins peut s'attendre à ce que les IND demandent de l'aide pour effectuer une technique de soins pour la première fois. Par ailleurs, lorsqu'elle a effectué cette procédure à plusieurs reprises, la demande d'aide semble inappropriée. Demander de l'aide semble être un « non-dit » que les IND doivent interpréter par elles-mêmes lors de leur intégration. La demande d'aide à ses collègues renvoie également au concept d'indépendance dans la définition de l'autonomie professionnelle proposée en cadre conceptuel.

D'un côté, les IND définissent également l'infirmière autonome comme étant en mesure de trouver des solutions pour répondre à ses questionnements. D'un autre côté, les préceptrices mentionnent que l'infirmière autonome connaît les ressources mises à sa disposition et sait où obtenir les informations lors de situations dans lesquelles elle se questionne. Ces éléments sont reliés également avec le concept d'indépendance dans la prise de décision évoquée dans le cadre conceptuel de cette recherche. En ce sens, l'infirmière autonome, sans l'intervention d'une tierce personne, trouve des solutions à ses questionnements pour prendre ses décisions dans l'intérêt du patient. De plus, l'utilisation de ressources renvoie à la définition du concept de compétence. Une compétence est une mobilisation et combinaison efficace de plusieurs ressources internes et externes (Tardif, 2006). L'utilisation efficace de ressources diversifiées par l'infirmière fait partie du développement des compétences et, par conséquent, de la progression de l'autonomie professionnelle.

Les deux groupes de participantes, soit les IND et les préceptrices, font également ressortir que l'autonomie professionnelle de l'infirmière se traduit par une vision globale de la situation de santé du patient dont elle a la responsabilité afin d'assurer une prise en charge complète. Les préceptrices ajoutent que cette prise en charge complète du patient comprend autant la surveillance clinique que la gestion des soins d'un patient pouvant présenter une situation de santé instable. Une gestion adéquate des soins du patient et la capacité à prendre des décisions dans l'intérêt du patient se traduisent par un sentiment de contrôle chez les IND intégrées sur une unité de soins intensifs (Ten Hoeve et al., 2018). Lorsque les IND se disent en contrôle dans une situation clinique donnée, elles se sentent autonomes dans leur pratique professionnelle (Ten Hoeve et al., 2018).



Pour leur part, les préceptrices relèvent l'importance de l'évaluation clinique du patient dans la définition de l'autonomie professionnelle. La prise de décision de l'infirmière autonome s'appuie sur l'évaluation clinique initiale et continue de la personne soignée. L'interprétation des données permet la reconnaissance des anomalies dans la situation de santé du patient. En ce sens, l'OIIQ (2016b) stipule que :

L'évaluation de l'infirmière permet de distinguer l'anormalité de la normalité, de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé de la personne et d'établir les priorités et les conditions d'intervention (p. 29).

L'évaluation clinique de l'infirmière constitue l'assise de la pratique infirmière et guide non seulement la prise de décision, mais toutes les activités réservées, telles que décrites par l'OIIQ (2016b). L'évaluation clinique initiale et continue du patient permet à l'infirmière de procéder à la collecte de données et de procéder à une prise de décision objective, telle que définie dans le cadre conceptuel de l'étude.

À l'instar des IND, les préceptrices ont également relevé l'autocritique par la reconnaissance de ses limites comme un élément de la définition de l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Les préceptrices mentionnent que les IND démontrent une certaine autonomie lorsqu'elles ont conscience de ce qu'elles ne savent pas. Des auteures font mention de l'importance de l'autocritique de l'infirmière en lien avec la qualité des soins prodigués aux patients (Volny et al., 2016). Elles mentionnent que la non-reconnaissance du stress peut représenter un danger pour la qualité des soins (Volny et al., 2016). Pour les préceptrices, la non-reconnaissance de ses limites signifie que les IND nécessitent encore une supervision clinique avec leur préceptrice avant de travailler sur l'unité de soins intensifs de façon autonome.

Les éléments de définitions de l'autonomie professionnelle rapportés par les participantes à la recherche ont été schématisés. La Figure 3 montre comment ces divers éléments viennent compléter la proposition de cadre conceptuel utilisée dans cette recherche.

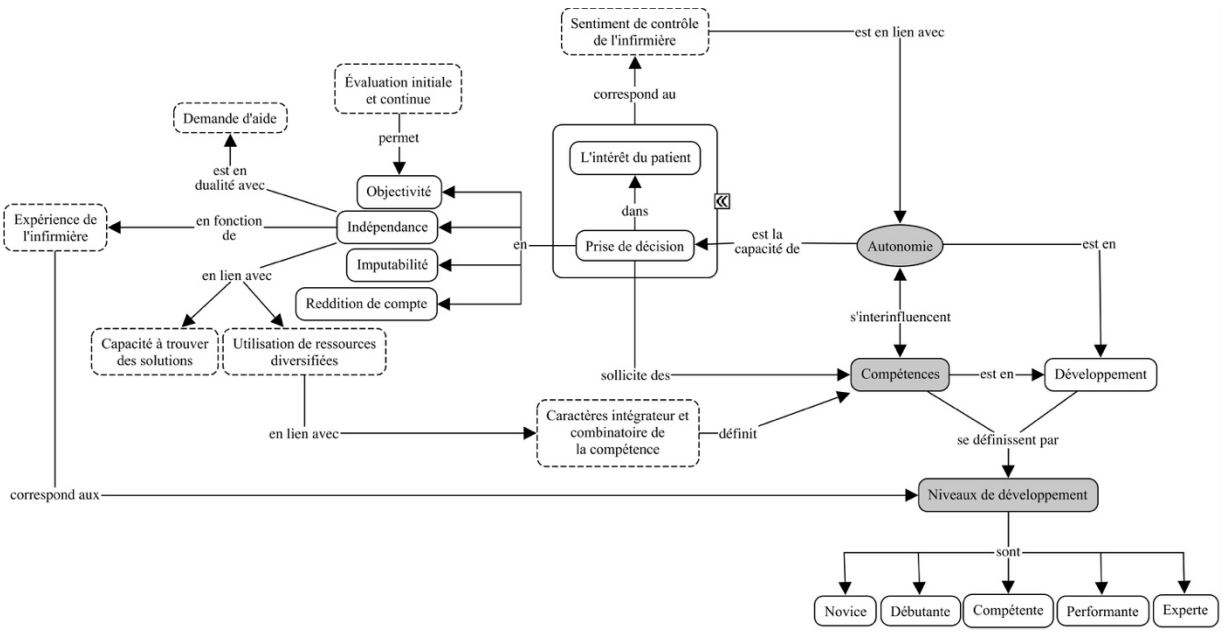


Figure 3. Éléments relatifs aux définitions de l'autonomie professionnelle en relation avec le cadre conceptuel de la recherche

**Facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle**

Les IND et les préceptrices ont été appelées à décrire les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans un contexte d'intégration sur une unité de soins intensifs. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, le développement de l'autonomie professionnelle et le développement des compétences sont en interinfluence et évoluent ensemble en parallèle selon le développement professionnel des infirmières, soit de novices à expertes. Autrement dit, plus les IND développent leurs compétences, plus elles devraient être autonomes dans leur pratique professionnelle. Les facteurs d'influence au développement de l'autonomie professionnelle des IND expliquent cette relation d'interinfluence entre l'autonomie professionnelle et les compétences. Parmi les facteurs d'influence identifiés par les participantes, deux facteurs semblent être centraux aux résultats de la recherche : «Confiance en soi des IND» et «Demander de l'aide». Les autres facteurs d'influence ont été regroupés en fonction de leur caractère contextuel : «Influence du contexte».

**Confiance en soi des infirmières nouvellement diplômées.** Tout d'abord, la confiance en soi des IND semble être en lien direct avec le développement de l'autonomie professionnelle de celles-ci. La confiance en soi, le développement des compétences et le développement de

l'autonomie professionnelle semblent évoluer ensemble selon le développement professionnel des IND. Le concept de confiance en soi s'ajoute à la relation d'influence entre le développement de l'autonomie professionnelle et le développement des compétences. De ce fait, plus les IND développent leurs compétences cliniques, plus elles sont autonomes et plus elles se sentent en confiance dans leur pratique professionnelle, et vice versa.

Plusieurs facteurs influencent la confiance des IND et ainsi influencent le développement de leur autonomie professionnelle. Lors des entretiens individuels semi-structurés, les IND ont mentionné la motivation à être autonome comme un facteur favorisant leur développement de l'autonomie professionnelle. À notre connaissance, le lien entre la motivation et le développement de l'autonomie professionnelle n'est pas abordé dans les écrits scientifiques. Par ailleurs, Bourgeois (2011a) mentionne qu'aucun apprentissage n'est possible sans motivation de l'apprenant et, sans motivation, il n'y a pas d'apprentissage. Étant en situation d'apprentissage sur l'unité de soins intensifs, les IND ont besoin de motivation pour favoriser le développement de leur autonomie professionnelle lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs. Dans le même sens, les IND participantes ont identifié la curiosité intellectuelle comme un autre facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle. N'étant pas abordés dans les écrits scientifiques, les concepts de curiosité intellectuelle et d'autonomie professionnelle pourraient être mis en relation dans de futures études sur l'autonomie professionnelle des IND. D'ailleurs, Bourgeois (2011a) ajoute que l'engagement de l'apprenant est essentiel dans ses apprentissages : plus les IND apprennent et développent leurs compétences, plus elles se sentent en confiance.

Aussi, les préceptrices mentionnent que des IND qui posent beaucoup de questions lors de la pratique clinique supervisée favorisent le développement de leur autonomie professionnelle. Poser beaucoup de questions permettrait aux préceptrices d'apprécier le raisonnement clinique infirmier des IND. Dans le cas d'un raisonnement clinique infirmier erroné, les préceptrices peuvent renforcer les connaissances cliniques des IND, revoir les liens entre certaines notions et ainsi favoriser le développement de l'autonomie professionnelle. Pour optimiser l'accompagnement des préceptrices, celles-ci ont également identifié la formulation d'objectifs professionnels comme un facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Ce faisant, la formulation d'objectifs professionnels outille les

préceptrices dans leur accompagnement en permettant aux IND de cibler sur quoi elles veulent travailler. La formulation d'objectifs professionnels permettrait peut-être aux IND de cultiver leur motivation et leur engagement dans leurs apprentissages lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs. Comme mentionné précédemment, la motivation et l'engagement des IND sont essentiels au développement de leurs compétences, qui est associé à la confiance en soi et le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

Les IND et les préceptrices s'entendent sur l'identification des apprentissages réalisés dans des situations cliniques comme facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle. Lorsque les IND vivent une situation clinique, elles en tirent des apprentissages. La transférabilité des apprentissages antérieurs leur permettrait de faire des liens avec la situation clinique présente. Après quelques semaines d'intégration sur l'unité de soins intensifs, les IND en formation font davantage de liens entre les situations cliniques vécues et se sentent plus en confiance (St Clair, 2013). Plus les IND sont exposées à diverses situations, plus elles font des apprentissages qu'elles pourront transférer dans d'autres situations cliniques semblables, augmentant ainsi leur confiance en soi. Les IND rencontrées dans la cadre de la présente étude poussent davantage leur réflexion en identifiant ce processus comme le développement du savoir expérientiel où l'apprentissage réalisé à partir des expériences accumulées favorise le développement professionnel des IND. Tardif (2006) décrit bien qu'une compétence est en développement continu à travers la progression des apprentissages de l'apprenant. Tout comme mentionné dans le cadre conceptuel, le développement des compétences et le développement de l'autonomie professionnelle progressent en parallèle dans le développement professionnel de l'infirmière. Selon DeGrande et al. (2018), l'exposition répétée aux situations cliniques permet d'en retirer des apprentissages et de devenir plus confortable pour la prise en charge des patients instables. Nécessairement, le développement du savoir expérientiel par l'accumulation d'expériences nécessite du temps dans le développement professionnel des IND. En effet, les IND rencontrées ont également identifié le temps comme un facteur favorisant le développement de leur autonomie professionnelle. Elles ont besoin de temps pour la consolidation des apprentissages faits à partir des expériences et pour bâtir une confiance en soi (Clark et Holmes, 2007). Cette affirmation correspond au caractère développemental du concept de compétence décrit par Tardif (2006). Avec le temps, les IND

accumulent les expériences cliniques, mobilisent les apprentissages réalisés à travers celles-ci et développent leurs compétences. Plus elles développent leurs compétences, plus elles ont confiance en elles favorisant ainsi le développement de leur autonomie professionnelle. Un auteur mentionne d'ailleurs que l'autonomie dans la pratique clinique serait directement liée à l'expérience des infirmières (Mrayyan, 2004).

Les préceptrices, avec le temps et lorsqu'elles ont confiance envers les IND, assurent une présence moins constante auprès de celles-ci et leur offrent davantage d'occasions de pratique professionnelle autonome. Ces occasions de pratique professionnelle autonome permettent aux IND d'être exposées à diverses situations cliniques, favorisent le développement des compétences et augmentent leur confiance en soi. Assurer une supervision clinique moins étroite et faire confiance aux IND sont des stratégies déployées par les préceptrices favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Della Ratta (2018) note que prendre un certain recul dans la supervision de l'IND permet d'assurer la sécurité du patient tout en permettant aux IND de faire des interventions de façon indépendante, de développer sa prise de décision et son raisonnement clinique infirmier dans un milieu encadré.

D'un autre côté, les préceptrices mentionnent que leur présence peut avoir un impact négatif sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Elles remarquent qu'une supervision clinique étroite diminue les occasions de pratique professionnelle autonome et aurait des conséquences sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Lorsque la préceptrice est omniprésente auprès des IND, celles-ci ont le sentiment qu'elles régressent dans leur apprentissage et que le développement de leur autonomie professionnelle n'est pas favorisé (Schumacher, 2007). Une supervision clinique étroite reflète le manque de confiance des préceptrices envers les IND et contribue à diminuer la confiance en soi de ces dernières (Clark et Holmes, 2007).

Les IND mentionnent qu'apprendre de l'autre favorise le développement de leur autonomie professionnelle. En effet, apprendre des préceptrices permettrait d'acquérir des connaissances et favoriserait la confiance qu'elles ont pour intervenir dans une situation. Les préceptrices sont considérées comme des modèles de rôle dans le développement professionnel des IND (MSSS, 2008). L'étude de Schumacher (2007) note que, pour un développement optimal de l'autonomie professionnelle, les IND ne devraient pas être jumelées à plus de deux

préceptrices lors de son intégration. Cependant, le contexte et la durée de la période d'intégration des IND ne sont pas décrits dans l'étude de Schumacher (2007). Rappelons que la période de pratique clinique supervisée dans le programme d'intégration où s'est déroulée la présente étude s'échelonne sur six mois, et les IND rencontrées ont été jumelées avec quatre à cinq préceptrices lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs. Elles ont apprécié être jumelées à plusieurs préceptrices et pouvoir prendre exemple sur plusieurs façons de travailler. D'ailleurs, Bandura (1963, cité dans Bourgeois, 2011b), dans ses travaux sur la théorie de l'apprentissage social, démontre la valeur de l'apprentissage par autrui par l'observation et l'imitation.

Pour les IND, la présence des préceptrices est signe de sécurité et de réassurance. La sécurité et la réassurance vécues par les IND semblent augmenter leur confiance en soi qui, comme expliqué précédemment, favorise le développement de l'autonomie professionnelle. La rétroaction positive de la préceptrice envers les IND permet d'augmenter la confiance et le plaisir de travailler (Ortiz, 2016; Ten Hoeve et al., 2018). Dans le même ordre d'idée, l'expérience de pratique clinique supervisée est associée positivement à un *empowerment* psychologique et à une autonomie professionnelle chez les IND (Watkins et al., 2016). Les IND se sentent en confiance de savoir, qu'au besoin, leur préceptrice peut agir comme filet de sécurité (Schumacher, 2007).

Dans le même sens, la collaboration inter et intraprofessionnelle sont également identifiés par les IND comme un facteur facilitant le développement de leur autonomie professionnelle puisqu'elle favoriserait la confiance des IND. À notre connaissance, aucun lien dans les écrits recensés n'est effectué entre la collaboration inter et intraprofessionnelle au sein de l'équipe et le développement de l'autonomie professionnelle chez les IND. Toutefois, les écrits évoquent que les relations interprofessionnelles augmentent la confiance des IND (DeGrande et al., 2018; Ortiz, 2016; Ten Hoeve et al., 2018). La confiance en soi semble favoriser le développement des compétences et le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

Or, le manque de confiance en soi des IND est identifié par celles-ci comme un facteur contraignant le développement de leur autonomie professionnelle. Le manque de confiance des IND conduit à l'incapacité de réaliser des interventions sans l'approbation d'une personne-ressource. Puisque la définition de l'autonomie professionnelle, telle que mentionnée

précédemment, est caractérisée par la prise de décision indépendante, le manque de confiance en soi peut brimer l'indépendance dans la prise de décision et, par conséquent, le développement de l'autonomie professionnelle des IND. L'étude de Ten Hoeve et al. (2018) propose que le manque de confiance en soi des IND entraîne une augmentation du stress vécu par les IND.

**Demander de l'aide.** À la lumière des résultats de l'étude, demander de l'aide semble être un facteur d'influence central en ce sens où la résultante du questionnement sur la légitimité de la demande d'aide peut être considérée comme un facteur favorisant ou contraignant au développement de l'autonomie professionnelle. Tout d'abord, les deux groupes de participantes s'accordent pour dire que demander de l'aide à ses collègues peut constituer un facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Demander de l'aide permet aux IND de déléguer de façon consciente les interventions pour une utilisation appropriée des ressources à leur disposition. Contrairement à ce qui a été énoncé précédemment, DeGrande et al. (2018) notent que les IND n'hésiteraient pas à demander de l'aide concernant les décisions à prendre. Par contre, les participantes se sont questionnées sur la légitimité et le moment opportun de la demande d'aide, amenant la demande d'aide à être également perçue comme un facteur contraignant le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

La légitimité de la demande d'aide des IND constitue une fine ligne entre un facteur contraignant et un facteur favorisant au développement de l'autonomie professionnelle des IND. D'une part, la demande d'aide peut démontrer que les IND sont en mesure de déléguer les interventions, d'autre part, elle peut nuire, car elle témoigne de l'insécurité d'agir et d'un manque de confiance en soi des IND à prodiguer les soins aux patients. En effet, les IND rencontrées font part de cette perception négative de la demande d'aide, particulièrement lorsque celle-ci est faite trop fréquemment. Selon Ten Hoeve et al. (2018), demander de l'aide constitue un obstacle pour les IND puisqu'elles ne veulent pas imposer leur fardeau à leurs collègues. Ce lien entre la demande d'aide et le développement de l'autonomie professionnelle ne semble pas être documenté dans les écrits scientifiques consultés. Comme mentionné précédemment, la demande d'aide fréquente et le manque de confiance en soi peuvent brimer l'indépendance dans la prise de décision et, par conséquent, le développement de l'autonomie professionnelle des IND.

**Influence du contexte.** Le contexte de la pratique clinique supervisée a été identifié par les IND comme un facteur pouvant contraindre le développement de l'autonomie professionnelle. Parfois, les IND ressentent que l'imposition d'une organisation de travail par les préceptrices peut brimer le développement de leur autonomie professionnelle. Aucune étude recensée dans cette recherche ne discute de la corrélation entre l'imposition d'une organisation de travail et le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Or, l'identification et la prise en considération du style d'apprentissage de l'apprenant sont essentielles pour favoriser les apprentissages (Lohri-Posey, 2003).

Finalement, le contexte de l'unité de soins intensifs, où on retrouve souvent des patients dont la situation de santé peut être instable, peut brimer le développement de l'autonomie professionnelle des IND. L'instabilité de la situation de santé des patients entraîne l'urgence d'agir. Devant l'instabilité de la situation de santé du patient, le temps de réflexion et de discussion entre les IND et les préceptrices peut être diminué, ce qui limite les occasions d'apprentissage des IND et par conséquent, le développement de leur autonomie professionnelle. Le lien direct entre l'influence de l'environnement de l'unité de soins intensifs et le développement de l'autonomie professionnelle des IND n'est pas abordé, à notre connaissance, dans les écrits scientifiques. Toutefois, certains auteurs signalent le choc de la réalité vécu par les IND dès leur entrée dans la pratique sur une unité de soins intensifs étant donné l'instabilité des patients y étant hospitalisés (DeGrande et al., 2018). Le manque de temps pour intégrer et consolider les apprentissages limite les réflexions des IND concernant les situations vécues (Clark et Holmes, 2007), pouvant nuire au développement des compétences et, parallèlement au développement de l'autonomie professionnelle des IND.

### **Forces et limites de l'étude**

Une réflexion sur le déroulement de l'étude a permis à l'étudiante-chercheuse de relever les forces et les limites de la présente recherche. Tout d'abord, cette étude sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs semble être la première à générer de nouvelles connaissances sur cette problématique. Dans les études, le concept de l'autonomie ne serait qu'abordé de façon superficielle (Varjus et al., 2011). Cette étude a permis de proposer une première définition de l'autonomie professionnelle des IND sur l'unité de soins intensifs et de mettre en évidence les facteurs influençant son développement selon les



perceptions d'IND et de préceptrices dans le but d'augmenter la compréhension de ce phénomène.

La collecte de données concernant les perceptions des IND et des préceptrices représente également une force de l'étude. La triangulation des données à partir des perceptions des différents groupes de participantes assure la crédibilité et la fiabilité des données de l'étude (Creswell, 2014; Guba et Lincoln, 1989; Laperrière, 1997). D'un côté, les perceptions des IND sont explorées, de l'autre côté, les perceptions des préceptrices viennent appuyer ou apporter d'autres nuances au concept de développement de l'autonomie professionnelle des IND. Les entretiens individuels semi-structurés réalisés auprès des IND constituent également une force de l'étude puisque, selon Savoie-Zajc (2009), ils permettent un accès direct à l'expérience vécue par les individus rencontrés. Les entretiens individuels semi-structurés ont permis de créer des occasions d'échanges riches entre les IND et l'étudiante-chercheuse.

Comme mentionné précédemment, un retour avec les participantes a eu lieu avec les IND et les préceptrices souhaitant connaître les premières conclusions de l'analyse et y émettre leurs commentaires. Ce retour avec les participantes est une force de la présente étude puisque, selon Creswell (2014), cette stratégie permet de valider les résultats auprès des participantes après l'interprétation de l'étudiante-chercheuse.

Par ailleurs, les très petits groupes de discussion peuvent constituer une limite à l'étude étant donné les difficultés rencontrées pour le recrutement des préceptrices qui ne travaillent pas sur le même quart de travail. Initialement, un seul groupe de discussion de quatre préceptrices était prévu pour la collecte de données. Or, les disponibilités des participantes ont dû obliger l'étudiante-chercheuse à former deux groupes de discussion de deux participantes. Compte tenu du petit nombre de préceptrices par groupes de discussion, les échanges de points de vue étaient limités et probablement moins riches qu'avec un groupe plus nombreux. Le taux de participation des préceptrices n'a pas été celui escompté par l'étudiante-chercheuse. En effet, la participation à la présente recherche a pu être perçue comme une sollicitation de plus pour les préceptrices, celles-ci étant sollicitées à plusieurs reprises pour participer aux stages cliniques ou à l'intégration des IND sur leur unité de soins respective.

Également, le recrutement des participantes à l'étude via une lettre envoyée par la conseillère-cadre en soins infirmiers peut créer un biais de sélection. Un biais de sélection est induit par la méthode adoptée dans le recrutement des participants (Simpson, Beaucage et Viger, 2017). Les participantes à cette étude pourraient donc être des IND et des préceptrices très impliquées dans leur développement professionnel et intéressées par le développement de l'autonomie professionnelle, induisant une erreur dans la représentation de la population. Par ailleurs, puisque la participation à l'étude est volontaire, le biais de sélection est potentiellement inévitable pour ce type d'étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-structurés et des groupes de discussion. Une prise de conscience de la possibilité de ce biais est essentielle dans la transférabilité des résultats de l'étude (Robinson, 2014).

Les résultats de cette étude sont fortement contextualisés puisque la recherche s'est déroulée dans un milieu de soins spécifique. Cependant, pour contrer cette limite de l'étude et par souci de favoriser la transférabilité des résultats, le contexte et les étapes de collecte de données et d'analyse des données ont été décrits de façon précise permettant ainsi à d'autres chercheurs d'évaluer l'application des résultats dans d'autres contextes (Creswell, 2014; Laperrière, 1997).

### **Implications pour la discipline infirmière**

Les préceptrices participantes à l'étude ont eu l'occasion de réfléchir collectivement au développement de l'autonomie professionnelle des IND et à l'importance de ce concept dans l'évaluation des IND au cours du programme d'intégration. D'autre part, les IND participantes, par le biais de cette recherche, ont pris conscience du concept de l'autonomie professionnelle et de sa progression dans leur pratique clinique. Mieux comprendre le développement de l'autonomie professionnelle des IND permettrait de mieux l'évaluer et indirectement d'améliorer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients.

Cette recherche est, à notre connaissance, la première à définir l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs et à faire ressortir les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Par ailleurs, les divergences dans les définitions de l'autonomie professionnelle énoncées par les participantes sous-tendent que d'autres études sont nécessaires pour établir une définition de l'autonomie

professionnelle. Pour ce faire, la recherche pourrait être poursuivie dans d'autres milieux de soins où les IND sont intégrées. De plus, les points de vue pourraient être diversifiés par l'exploration des perceptions de différents acteurs au sein de l'équipe de soins, notamment les gestionnaires de proximité.

En ce qui concerne la formation en sciences infirmières, une meilleure compréhension du développement de l'autonomie professionnelle permettrait d'ajuster les formations offertes aux préceptrices ainsi que les formations offertes aux IND dans les programmes d'intégration. Les difficultés identifiées par les participantes, telles que les difficultés dans l'adaptation au nouveau rôle, les difficultés dans la prise en charge et les soins prodigués aux patients, les difficultés dans la priorisation des soins, le stress, les peurs, les insécurités peuvent faire partie de la formation offerte aux préceptrices dans le cadre de programmes d'intégration. Exposer les difficultés vécues par les IND intégrées sur les unités de soins intensifs permettrait de sensibiliser les préceptrices à ces difficultés et d'offrir l'accompagnement et le soutien en conséquence. Dans le même sens, les facteurs favorisant et contraignant le développement de l'autonomie professionnelle des IND peuvent être présentés de façon globale dans la formation aux préceptrices. Faire connaître les facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle aux préceptrices permettrait à celles-ci de mieux comprendre le concept du développement de l'autonomie professionnelle et leur fournirait des outils lors de la pratique clinique supervisée réalisée auprès des IND. Par exemple, le fait de formuler des objectifs professionnels a été identifié comme un facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Ainsi, en début d'intégration des IND, les préceptrices pourraient leur donner l'occasion de communiquer leurs objectifs professionnels et de faire un retour hebdomadaire sur ceux-ci. Dans le milieu clinique où a été réalisée l'étude, un profil de compétences cliniques est utilisé pour évaluer le développement des compétences cliniques des IND à différents moments du programme d'intégration. Les grilles d'évaluation des compétences se basent principalement sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Il serait par ailleurs pertinent de baser l'évaluation des compétences en fonction d'indicateurs de développement des compétences et d'évaluer la progression de l'autonomie professionnelle selon des critères propres à celles-ci. Le développement des compétences et l'autonomie professionnelle évoluent ensemble, en parallèle, dans la progression

professionnelle d'une IND. Selon Tardif (2006), il demeure essentiel de rendre compte de l'autonomisation de l'apprenant dans l'évaluation des compétences.

Les résultats de l'étude mènent à formuler des recommandations pour la gestion en soins infirmiers. Comprendre les facteurs qui influencent le développement de l'autonomie professionnelle et les difficultés vécues par les IND lors de leur intégration sur les unités de soins intensifs permettrait aux gestionnaires de ces unités d'ajuster de manière plus réaliste les attentes des équipes de soins envers les IND. De plus, les résultats de l'étude suggèrent que la collaboration inter et intraprofessionnelle favoriserait le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Dans cette optique, les gestionnaires pourraient créer des occasions de collaboration au sein des équipes inter et intraprofessionnelle.

Ultimement, en tentant de mieux comprendre le concept de l'autonomie professionnelle et son développement par l'exploration des perceptions des IND et des préceptrices, les résultats de cette étude pourront contribuer à faciliter la transition du milieu académique au milieu clinique des IND sur les unités de soins intensifs.

## Conclusion

Peu d'études se concentrent sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND, particulièrement sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. Cette étude a permis d'explorer les perceptions d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. Les résultats de l'étude viennent renforcer le lien existant entre le développement des compétences et le développement de l'autonomie professionnelle. Il est important de prendre conscience du développement de l'autonomie professionnelle des IND et des facteurs l'influençant pour favoriser le développement des compétences de celles-ci. Une sensibilisation des équipes de soins est également essentielle pour favoriser le développement des compétences et le développement de l'autonomie professionnelle des IND. La présente recherche a été effectuée dans un contexte bien précis, soit dans le cadre d'un programme d'intégration aux unités de soins intensifs. Ce programme d'intégration favoriserait le développement de l'autonomie professionnelle des IND par l'accompagnement des préceptrices. Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'étudier le lien entre la collaboration inter et intraprofessionnelle et le développement de l'autonomie professionnelle des IND. Également, la légitimité dans la demande d'aide dans le développement de l'autonomie professionnelle est un concept qui demanderait à être examiné davantage. D'autres études sont nécessaires pour explorer le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans d'autres contextes d'intégration. Rappelons que, selon l'OIIQ (2007), les unités de soins intensifs sont un des domaines de pratique où les besoins organisationnels en personnel infirmier sont importants pour répondre aux besoins complexes de la clientèle hospitalisée. Or, l'attraction et le maintien en place de nouvelles ressources doivent être une priorité pour les gestionnaires de ces unités de soins pour répondre à cet enjeu. En conséquence, il est essentiel de mettre en place les conditions gagnantes pour favoriser l'intégration des IND sur les unités de soins intensifs. Somme toute, s'intéresser au développement de l'autonomie professionnelle et des compétences des IND, c'est non seulement optimiser l'intégration des IND dans les milieux cliniques, mais aussi contribuer à la sécurité des patients et la qualité des soins prodigués.

## Références

- Anderson, G., Hair, C. et Toderò, C. (2012). Nurse residency programs: an evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212. doi: 10.1016/j.profnurs.2011.11.020
- Andrews, D. R. (2013). Expectations of millennial nurse graduates transitioning into practice. *Nursing Administration Quarterly*, 37(2), 152-159. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182869d9f
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs. (2009). *Normes pour la pratique infirmière en soins critiques*. London, ON: Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Coûts et répercussion du roulement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux du Canada*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Ballou, K. A. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 14(2), 102-110. doi: 10.1016/S8755-7223(98)80038-0
- Barbour, R.S. (2010). Focus Groups. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall et R. De Vries (dir.), *The SAGE Handbook Qualitative Methods Health Research* (p. 327-353). London, UK: Sage. doi: 10.4135/9781446268247
- Barnett, J. S., Minnick, A. F. et Norman, L. D. (2014). A description of U.S. post-graduation nurse residency programs. *Nursing Outlook*, 62(3), 174-184. doi: 10.1016/j.outlook.2013.12.008
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Bérubé, M., Touchette, S. et Brien, L.-A. (2008). Relève: Un programme de résidence en soins critiques. *Perspectives infirmières*, 5(6), 25-27.
- Bérubé, M., Valiquette, M.-P., Laplante, E., Lepage, I., Belmonte, A., Tanguay, N., . . . Touchette, S. (2012). Nursing Residency program : A solution to introduce new grads into critical care more safely while improving accessibility to services. *Nursing Leadership*, 25(1), 50-67.
- Bourgeois, E. (2011a). La motivation à apprendre. Dans E. Bourgeois (dir.), *Apprendre et Faire Apprendre* (p. 233-253). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bourgeois, E. (2011b). Les théories de l'apprentissage: un peu d'histoire... Dans E. Bourgeois (dir.), *Apprendre et Faire Apprendre* (p. 23-39). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bucknall, T. K. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 25-35.

- Caroselli-Karinja, M. F., McGowan, J. et Penn, S. M. (1988). Internship programs are safeguarding the future of psychiatric nursing. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 26(8), 28-31.
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M. et Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311.
- Castaneda, G. A. et Scanlan, J. M. (2014). Job satisfaction in nursing: a concept analysis. *Nursing Forum*, 49(2), 130-138. doi: 10.1111/nuf.12056
- Cheeks, P. et Dunn, P. S. (2010). A new-graduate program: empowering the novice nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(5), 223-227. doi: 10.1097/NND.0b013e3181993b72
- Cho, J., Laschinger, H. K. et Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 19(3), 43-60. doi: 10.12927/cjnl.2006.18368
- Clark, T. et Holmes, S. (2007). Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1210-1220. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.010
- Cosme, S. (2015). Residency and Fellowship Programs for RNs and Advanced Practice RNs. *Journal of Nursing Administration*, 45(9), 416-417. doi: 10.1097/NNA.0000000000000224
- Côté, N. (2016). Understanding Turnover as a Lifecycle Process: The Case of Young Nurses. *Relations industrielles/Industrial relations*, 71(2), 203-223.
- Côté-Arsenault, D. et Morrison-Beedy, D. (1999). Practical advice for planning and conducting focus groups. *Nursing Research*, 48(5), 280-283.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (4e éd.). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. et Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 72-78. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.005
- Della Ratta, C. (2018). The art of balance: Preceptors' experiences of caring for deteriorating patients. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3497-3509. doi: 10.1111/jocn.14579
- Duchscher, J. E. B. (2001). Out in the real world: newly-graduated nurses in acute-care speak out. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 426-439.

- Duchscher, J. E. B. (2003). Critical thinking: perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*, 42(1), 1–12.
- Duchscher, J. E. B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450; quiz 451-442, 480.
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fiedler, R., Read, E. S., Lane, K. A., Hicks, F. D. et Jegier, B. J. (2014). Long-term outcomes of a postbaccalaureate nurse residency program: A pilot study. *Journal of Nursing Administration*, 44(7/8), 417-422. doi: 10.1097/NNA.0000000000000092
- Fink, R., Krugman, M., Casey, K. et Goode, C. (2008). The graduate nurse experience: qualitative residency program outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(7-8), 341-348. doi: 10.1097/01.nna.0000323943.82016.48
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Gardiner, I. et Sheen, J. (2016). Graduate nurse experiences of support: A review. *Nurse Education Today*, 40, 7-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.016>
- Garneau, A. Z. (2012). Mentorship, preceptorship, and nurse residency programs. Dans J. Zerwekh et A. Z. Garneau (dir.), *Nursing Today: Transitions and Trends* (7e éd., p. 47-63). St. Louis, MO: Elsevier Sanders.
- Geoffrion, P. (2009). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale* (5e éd., p. 391-414). Québec, QC: Presses de l'Université de Québec.
- Goode, C. J., Lynn, M. R., McElroy, D., Bednash, G. D. et Murray, B. (2013). Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 73-79. doi: 10.1097/NNA.0b013e31827f205c
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C. et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, Article15. doi: 10.2202/1548-923x.1685
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.



- Halcomb, E. J., Salamonson, Y., Raymond, D. et Knox, N. (2012). Graduating nursing students' perceived preparedness for working in critical care areas. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2229-2236. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05911.x
- Hartshorn, J. C. (1992). Characteristics of critical care nursing internship programs. *Journal for nurses in professional development*, 8(5), 218-223.
- Herdrich, B. et Lindsay, A. (2006). Nurse residency programs: Redesigning the transition into practice. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(2), 55-62; quiz 63-54.
- Higgins, G., Spencer, R. L. et Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30(6), 499-508. doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.017
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Johnson, A., Salisbury, H., Johannsson, M. et Barajas, K. (2013). Emergency Nurse Residency Program Evaluation. *Journal for nurses in professional development*, 29(5), 233-237. doi: 10.1097/01.NND.0000433908.82754.10
- Kelly, B. (1996). Hospital nursing: It's a battle!" A follow-up study of English graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 1063-1069. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb02944.x
- Kim, K. H., Lee, A. Y., Eudey, L., Lounsbury, K. et Wede, P. (2015). New RN residency program to improve clinical competency, confidence, and socialization skills of novice nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(6). doi: 10.5430/jnep.v5n6p50
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fairchild, S., Poornima, S., Kim, H. et Djukic, M. (2007). Newly licensed RNs' characteristics, work attitudes, and intentions to work. *American Journal of Nursing*, 107(9), 58-70; quiz 70-51. doi: 10.1097/01.naj.0000287512.31006.66
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. Saint-Louis, MO: Mosby.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71.
- Kvale, S. (2007). Conducting an interview. Dans S. Kvale (dir.), *Doing Interviews* (p. 52-67). London, UK: Sage.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche*

*qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Boucherville, QC: Gaétan Morin.

- Lasnier, F. (2000). *Réussir sa formation par compétences.* Montréal, QC: Guérin.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brian-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N. et Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Forcier, M., Labrosse, N., Lafrance, M., Laliberte, D. et Lebeuf, M. L. (2002). How to facilitate the orientation of new nurses into the workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(2), 80-85. doi: 10.1097/00124645-200203000-00006
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gelinias, C., Marchionni, C. et Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00240.x
- Leclerc, C., Bourassa, B., Picard, F. et Courcy, F. (2011). Du groupe focalisé à la recherche collaborative: avantages, défis et stratégies. *Recherches qualitatives*, 29(3), 145-167.
- Létourneau, J. (2017). *Utilisation des outils d'évaluation dans la pratique infirmière.* Repéré à [http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/utilisation-des-outils-devaluation-dans-la-pratique-infirmiere/2017#\\_edn1](http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/utilisation-des-outils-devaluation-dans-la-pratique-infirmiere/2017#_edn1)
- Linus, R. M., Reeder, S. J., Bradley, P. K. et Polis, N. S. (2014). Nurse leaders' perceptions of the value of a nurse residency program. *Journal for nurses in professional development*, 30(3), 117-121. doi: 10.1097/NND.0000000000000062
- Lohri-Posey, B. (2003). Determining learning style preferences of students. *Nurse Educator*, 28(2), 54.
- Mcallister, L. et Rose, R. (2000). Speech-language pathology students: learning clinical reasoning. Dans J. Higgs et M. Jones (dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (2e éd.). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
- McCalla-Graham, J. A. et De Gagne, J. C. (2015). The lived experience of new graduate nurses working in an acute care setting. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(3), 122-128. doi: 10.3928/00220124-20150220-17
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat : Cadre de référence.* Québec, QC: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programs in their first year of employment: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2419-2433. doi: 10.1111/jan.12464

- Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02893.x
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x
- O'Kane, C. E. (2012). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00473.x
- Oermann, M. H. et Garvin, M. F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Education Today*, 22(3), 225-230. doi: 10.1054/nedt.2001.0695
- Olson-Sitki, K., Wendler, M. C. et Forbes, G. (2012). Evaluating the impact of a nurse residency program for newly graduated registered nurses. *Journal for nurses in professional development*, 28(4), 156-162. doi: 10.1097/NND.0b013e31825dfb4c
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Sondage effectué auprès des candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) de la cohorte 2004*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/215-CEPIresults-final.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!* Montréal, QC.: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique\\_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016a). *Candidate à l'exercice de la profession infirmière*. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission\\_a\\_la\\_profession/fiche-cepi-2016.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_a_la_profession/fiche-cepi-2016.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016b). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%28%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Ortiz, J. (2016). New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurse Education in Practice*, 19, 19-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.001>
- Park, M. et Jones, C. B. (2010). A retention strategy for newly graduated nurses: an integrative review of orientation programs. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(4), 142-149. doi: 10.1097/NND.0b013e31819aa130

- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K. et Rhoads, J. (2010). Orientation to Emergency Nursing: Perceptions of New Graduate Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 203-211. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.006>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. (3e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Phillips, E. (s.d.). *Obligation de rendre compte, responsabilité, responsabilité civile*. Repéré à <http://www.cnps.ca/index.php?page=88&lang=fr#1>
- Rhéaume, A., Clément, L. et LeBel, N. (2011). Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 490-500. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005
- Robinson, O. C. (2014) Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25-41. doi: 10.1080/14780887.2013.801543
- Rosenfeld, P., Glassman, K. et Capobianco, E. (2015). Evaluating the Short- and Long-term Outcomes of a Post-BSN Residency Program: Findings of a Retrospective Study of Nurse Residents, 2005-2012. *Journal of Nursing Administration*, 45(6), 331-338. doi: 10.1097/NNA.0000000000000211
- Rudman, A. et Gustavsson, J. P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 292-306. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.012
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Janke, R. et Gherent, I. R. (2015). Orientation and transition program component predictors of new graduate workplace integration. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 143-155. doi: 10.1111/jonm.12106
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale* (5e éd.). Québec, QC: Presses de l'Université de Québec.
- Schumacher, D. L. (2007). Caring behaviors of preceptors as perceived by new nursing graduate orientees. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(4), 186-192. doi: 10.1097/01.NND.0000281419.27602.4c
- Sewell, M. D. (2015). *The odyssey of the preceptor for the new graduate nurse in the critical care areas*. (Thèse doctorale, Capella University, États-Unis). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/1672752523>
- Sibbald, R., Downar, J. et Hawryluck, L. (2007). Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*, 177(10), 1201-1208. doi: 10.1503/cmaj.070144

- Simpson, A., Beaucage, C. et Viger, Y. B. (2017). *Épidémiologie appliquée: Une initiation à la lecture critique en sciences de la santé* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- St Clair, M. (2013). *New Graduate Nurses' Experience of Transition During Orientation into Critical Care*. (Thèse de doctorat, University of Wisconsin). Repéré à <http://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1383&context=etd>
- St-Pierre, L., Alderson, M. et St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 9-23.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Ten Hoeve, Y., Kunnen, S., Brouwer, J. et Roodbol, P. F. (2018). The voice of nurses: Novice nurses' first experiences in a clinical setting. A longitudinal diary study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1612-e1626. doi: 10.1111/jocn.14307
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software*. New York, NY: Falmer Press.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives* (5), 38-45.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles, BE: De Boeck.
- Varjus, S. L., Leino-Kilpi, H. et Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings--a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201-207. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00819.x
- Varjus, S. L., Suominen, T. et Leino-Kilpi, H. (2003). Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1), 31-40.
- Volny, M., Michaud, C. et Jetté, S. (2016). Stress et qualité des soins. *Perspectives infirmières*, 13(3), 39-41.
- Walker, A., Yong, M., Pang, L., Fullarton, C., Costa, B. et Dunning, A. M. T. (2013). Work readiness of graduate health professionals. *Nurse Education Today*, 33(2), 116-122. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.01.007>
- Watkins, C., Hart, P. L. et Mareno, N. (2016). The effect of preceptor role effectiveness on newly licensed registered nurses' perceived psychological empowerment and professional autonomy. *Nurse Education in Practice*, 17, 36-42. doi: 10.1016/j.nepr.2016.02.003

Wiles, L. L. (2010). *Basic knowledge in critical care: A comparison of experienced and newly graduated nurses augmented with an examination of newly graduated nurses? Experience making clinical judgments*. (Thèse de doctorat, Duquesne University).  
Repéré à  
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109854580&lang=fr  
&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109854580&lang=fr&site=ehost-live)

## Appendice A - Stratégie de recherche documentaire

Tableau 1 Nombre d'articles pertinents conservés

|  | <i>CINALH</i> | <i>Pubmed</i> | <i>Medline</i> | <i>Web of Science</i> |
|--|---------------|---------------|----------------|-----------------------|
| <i>(autonm* OR empower* OR «self-determin*»)<br/>((novice OR new*) N3 nurs*)</i> | 2             | 4             | 4              | 2                     |
| <i>((novice OR new*) N3 nurs*) ((intensive OR<br/>critical) care)</i>            | 3             | 4             | 3              | 2                     |
| <i>((novice OR new*) N3 nurs*) (integration OR<br/>transition)</i>               | 3             | 5             | 7              | 2                     |

## Appendice B - Lettre d'invitation pour participer à la recherche



### INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

**Titre du projet de recherche :** Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs

Nous recherchons des **infirmières nouvellement diplômées** et des **infirmières préceptrices** travaillant sur l'**unité de soins intensifs** et/ou sur l'**unité de soins intermédiaires** de l'Hôpital



#### INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT DIPLOMÉES

- ✓ Être une infirmière nouvellement diplômée de moins d'un an d'expérience à l'embauche aux soins intensifs ;
- ✓ Être engagée sur une des deux unités de soins intensifs (unité de soins intensifs et/ou unité de soins intermédiaires) ;
- ✓ En décembre 2017, avoir réalisé la moitié ou terminé le programme d'intégration des soins critiques ;
- ✓ Comprendre le français à l'oral et à l'écrit.

Collecte de données par un entretien individuel

#### INFIRMIÈRES PRÉCEPTRICES

- ✓ Œuvrer sur l'unité de soins intensifs ou sur l'unité de soins intermédiaires depuis au moins trois ans ;
- ✓ Avoir réalisé au moins deux expériences de préceptorat avec des infirmières de moins d'un an d'expérience dans le cadre du programme d'intégration des soins critiques ;
- ✓ Comprendre le français à l'oral et à l'écrit.

Collecte de données par un groupe de discussion

#### PARTICIPER À CE PROJET VOUS INTÉRESSE ?

Émilie Daigle, inf., B.Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières



emilie.daigle@umontreal.ca



UNE CARTE-CADEAU  
SERA REMISE À CHAQUE  
PARTICIPANT

Université   
de Montréal





## Appendice C - Scripts téléphoniques et de courriels (infirmières nouvellement diplômées)

**Projet de recherche :** Explorer les perceptions d'IND et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs.

Chercheuse principale: Louise Boyer, inf., Ph. D, directrice de recherche  
Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel: [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 4547

Étudiante-chercheuse : Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

Codirectrice de la recherche: Louise-Andrée Brien, inf., M. Sc.  
Professeure adjointe de formation pratique  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [louise-andree.brien@umontreal.ca](mailto:louise-andree.brien@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 38479

---

Préambule : Une lettre d'invitation a été envoyée à toutes les infirmières de l'unité de soins intensifs et de l'unité de soins intermédiaires par la conseillère-cadre en soins infirmiers du centre hospitalier. Cette lettre d'invitation est présente à l'Annexe B du protocole de recherche. Les IND et les préceptrices souhaitant participer au projet de recherche seront invitées à communiquer directement avec l'étudiante-chercheuse. Les coordonnées de celle-ci se retrouvent sur la lettre d'invitation. Ainsi, un script téléphonique sera utilisé lors des retours d'appels des participantes potentielles (IND) au projet et un script de courriel servira pour la confirmation de participation des participantes potentielles (IND) et l'envoi de la liste de thèmes abordés dans l'entretien individuel semi-structuré.

Objectifs du script téléphonique:

- A. Confirmer la volonté de participation à l'étude;
- B. Confirmer que la participante réponde aux critères d'inclusion de l'étude;
- C. Expliquer le déroulement de l'étude (entretien individuel semi-structuré et retour avec la participante);
- D. Confirmer le moment et l'endroit de l'entretien individuel semi-structuré;
- E. Prendre en note les coordonnées de la participante potentielle afin de lui faire parvenir la liste de thèmes abordés dans l'entretien individuel semi-structuré.

Objectifs du script de courriel n° 1:

- A. Confirmer la participation et la tenue de l'entretien individuel semi-structuré à l'endroit et au moment convenu préalablement;
- B. Faire parvenir les thèmes abordés pendant l'entretien individuel semi-structuré.

Objectifs du script de courriel n° 2:

- A. Faire parvenir le résumé des conclusions des analyses afin de valider la perception des participantes à propos des résultats de la recherche;
- B. Recueillir les commentaires des participantes.

**Script téléphonique :** Lors du retour d'appel des participantes suite à l'envoi de la lettre d'invitation par la conseillère-cadre en soins infirmiers.

Bonjour,

Merci d'avoir pris le temps de communiquer avec moi pour m'informer de votre intérêt pour mon projet de recherche. Mon nom est Émilie Daigle, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Comme vous l'avez lu dans la lettre d'invitation, mon projet porte sur l'exploration des perceptions sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs.

1. Désirez-vous toujours participer à cette recherche? \_\_\_\_\_
  - a. (Si **OUI**) Poursuivre avec les questions sur la validation des critères d'inclusion à la recherche (**point 2**).
  - b. (Si **NON**) Je vous remercie d'avoir pris le temps d'appeler pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche. Passez une belle journée. **\*Fin de l'appel\***
  
2. Afin de valider votre participation à l'étude, puis-je vous poser trois questions qui ne prendront que quelques minutes de votre temps?
  - a. (Si **OUI**)
    - Quand avez-vous obtenu votre permis de l'OIIQ (si applicable)? \_\_\_\_\_
    - Travaillez-vous sur une des deux unités ciblées par l'étude? \_\_\_\_\_
    - En décembre 2017 ou janvier 2018, où en serez-vous dans le programme d'intégration (milieu du programme ou fin du programme)? \_\_\_\_\_  
(Passer ensuite au **point 3**)
  - b. (Si **NON**) Puis-je vous rappeler à un autre moment? Lequel? \_\_\_\_\_  
**\*Fin de l'appel\***
  
3. Cette étude vise à explorer les perceptions d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. La collecte de données comporte deux volets, des entretiens individuels semi-structurés avec les IND et des entretiens de groupe avec les préceptrices. Il s'agit de comprendre comment les IND et les préceptrices perçoivent le développement de l'autonomie professionnelle des IND travaillant sur une unité de soins intensifs.

Si vous désirez toujours participer à cette étude, votre participation inclura un entretien individuel semi-structuré d'une durée de 45 à 60 minutes et un retour avec la participante (toujours de façon individuelle). L'entretien individuel semi-structuré ressemblera à une conversation au cours de laquelle on vous posera des questions simples afin que vous nous parliez de votre expérience dans le programme d'intégration et de vos perceptions. Le retour avec la participante consiste à revoir les résultats préliminaires de la recherche afin d'assurer que les propos que vous avez tenus lors de l'entretien sont conformes à votre pensée sur le sujet de recherche. L'entretien individuel semi-structuré et le retour avec la participante seront faits à l'extérieur des heures de travail. Pour vous remercier de votre participation, il vous sera remis une carte-cadeau d'un magasin de café d'une valeur de 20\$. Veuillez noter qu'en aucun cas, votre participation ou non pourra affecter (positivement ou négativement) votre évaluation dans le programme d'intégration.

4. Désirez-vous toujours participer à cette recherche? \_\_\_\_\_
- a. (Si **OUI**) Quelles seraient vos disponibilités pour effectuer l'entretien individuel semi-structuré d'une durée de 45 à 60 min? L'entretien individuel semi-structuré peut se faire à l'endroit et au moment que vous souhaitez. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Note : \_\_\_\_\_
- (Passer au **point 5**)
- b. (Si **NON**) Je vous remercie d'avoir pris le temps d'appeler pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche. Passez une belle journée. **\*Fin de l'appel\***
5. Finalement, si vous me le permettez, je prendrais en note vos coordonnées afin de vous faire parvenir une liste de thèmes qui seront abordés lors de l'entretien individuel semi-structuré. Vous pourrez donc avoir une idée de ce que nous discuterons. Votre identité et vos coordonnées demeureront confidentielles en tout temps.

Avez-vous des questions?

Au plaisir de vous voir le \_\_\_\_\_

Merci et bonne journée. **\*Fin de l'appel\***

**Si un message est laissé :**

Bonjour madame ou monsieur X,

Mon nom est Émilie Daigle, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, je rends votre appel concernant votre participation à mon projet de recherche de maîtrise. Je vous remercie de votre intérêt pour ce projet de recherche et de votre désir d'y participer. Vous pouvez me recontacter au même numéro, soit le [REDACTED] Nous pourrions ensemble confirmer votre participation au projet de recherche après vous avoir expliqué en quoi consiste cette participation. J'attends votre appel. Merci.

Note : \_\_\_\_\_

**Courriel n° 1: Confirmation de participation et envoi de la liste de thèmes**

**Sujet du courriel :** Participation au projet de recherche

Date : Le JJ-MM-AAAA

Bonjour madame ou monsieur X,

Votre participation au projet de recherche *Explorer les perceptions d'IND de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs* est grandement appréciée. Ce message est un rappel pour la tenue de l'entretien individuel semi-structuré le (date) \_\_\_\_\_ à (heure) \_\_\_\_:\_\_\_\_ à (endroit) \_\_\_\_\_.

La présente est également pour vous faire parvenir la liste de thèmes abordés pendant l'entretien individuel semi-structuré. Il s'agit seulement d'en prendre connaissance avant l'entrevue. Aucune préparation supplémentaire ne sera requise.

Nous aborderons ensemble votre perception, en tant qu'IND, du développement de votre autonomie professionnelle durant le programme d'intégration et de votre capacité de prise de décision. Nous discuterons également de la collaboration avec vos collègues dans le cadre de votre travail.

Dans l'éventualité où vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à l'entretien individuel semi-structuré, n'hésitez pas à communiquer avec moi pour reconduire l'entretien individuel semi-structuré. Il est possible de me contacter par téléphone au [REDACTED] ou par courriel à [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

Merci encore de votre intérêt pour le projet.

Salutations sincères,

Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Option formation  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Courriel n° 2: Retour avec les participantes**

**Sujet du courriel :** Retour avec les participantes

Date : Le JJ-MM-AAAA

Bonjour madame ou monsieur X,

Il y a quelques mois déjà, vous avez participé à ma recherche concernant le développement de l'autonomie professionnelle d'IND sur l'unité de soins intensifs. Je recommunique avec vous afin de valider votre perception des premiers résultats de la recherche. Je vous envoie un tableau-résumé des analyses des résultats pour votre groupe de participants, soit les IND. Le tableau est divisé en différents thèmes: Début de carrière difficile pour les IND, Définitions de l'autonomie professionnelle, Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle et Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle.

Votre participation consiste à:

- Mentionner si les résultats correspondent à votre perception du développement de l'autonomie professionnelle des IND sur l'unité de soins intensifs;
- Me formuler vos commentaires en lien avec les résultats (s'il y a lieu).

À titre de rappel, les questions de recherche auxquelles les résultats doivent répondre sont:

- Comment des IND et des préceptrices d'unités de soins intensifs conçoivent-elles l'autonomie professionnelle dans un programme d'intégration?
- Comment des IND perçoivent-elles le développement de leur autonomie professionnelle dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?
- Comment des préceptrices perçoivent-elles le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?

Merci encore une fois de votre participation, elle est grandement appréciée.

Cordialement,

Émilie Daigle, inf. B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Option formation  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

## Appendice D - Scripts téléphoniques et de courriels (préceptrices)

**Projet de recherche :** Explorer les perceptions d'IND et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs.

Chercheuse principale: Louise Boyer, inf., Ph. D, directrice de recherche  
Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel: [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 4547

Étudiante-chercheuse : Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

Codirectrice de la recherche: Louise-Andrée Brien, inf., M. Sc.  
Professeure adjointe de formation pratique  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [louise-andree.brien@umontreal.ca](mailto:louise-andree.brien@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 38479

---

Préambule : Une lettre d'invitation a été envoyée à toutes les infirmières de l'unité de soins intensifs et de l'unité de soins intermédiaires par la conseillère-cadre en soins infirmiers du centre hospitalier. Cette lettre d'invitation est présente à l'Annexe C du protocole de recherche. Les IND et les préceptrices souhaitant participer au projet de recherche seront invitées à communiquer directement avec l'étudiante-chercheuse. Les coordonnées de celle-ci se retrouvent sur la lettre d'invitation. Ainsi, un script téléphonique sera utilisé lors des retours d'appels des participantes potentielles (préceptrices) au projet et deux scripts de courriel serviront pour l'envoi de la liste de thèmes abordés dans les groupes de discussion, l'envoi du lien de sondage de disponibilité et la confirmation de participation des participantes potentielles (préceptrices) dans les groupes de discussion.

Objectifs du script téléphonique:

- A. Confirmer la volonté de participation à l'étude;
- B. Confirmer que la participante réponde aux critères d'inclusion de l'étude;
- C. Expliquer le déroulement de l'étude (groupes de discussion et retour avec les participantes);
- D. Prendre en note les coordonnées de la participante potentielle afin de lui envoyer le lien de sondage de disponibilité et faire parvenir la liste de thèmes qui seront abordés dans les groupes de discussion.

Objectifs du script de courriel n° 1 :

- A. Envoyer un lien de sondage de disponibilité afin de prévoir la tenue des groupes de discussion;
- B. Faire parvenir les thèmes qui seront abordés pendant les groupes de discussion.

Objectif du script de courriel n° 2 :

- A. Confirmer la participation et la tenue des groupes de discussion à l'endroit et au moment convenu dans le lien de sondage de disponibilité.

Objectifs du script de courriel n° 3:

- A. Faire parvenir le résumé des conclusions des analyses afin de valider la perception des participantes à propos des résultats de la recherche;
- B. Recueillir les commentaires des participantes.

**Script téléphonique** : Lors du retour d'appel des participantes suite à l'envoi de la lettre d'invitation par la conseillère-cadre en soins infirmiers.

Bonjour,

Merci d'avoir pris le temps de communiquer avec moi pour m'informer de votre intérêt pour mon projet de recherche. Mon nom est Émilie Daigle, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Comme vous l'avez lu dans la lettre d'invitation, mon projet porte sur l'exploration des perceptions sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs.

1. Désirez-vous toujours participer à cette recherche? \_\_\_\_\_
  - a. (Si **OUI**) Poursuivre avec les questions sur la validation des critères d'inclusion à la recherche (**point 2**).
  - b. (Si **NON**) Je vous remercie d'avoir pris le temps d'appeler pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche. Passez une belle journée. **\*Fin de l'appel\***
  
2. Afin de valider votre participation à l'étude, puis-je vous poser deux questions qui ne prendront que quelques minutes de votre temps?
  - a. (Si **OUI**)
    - Travaillez-vous sur une des deux unités ciblées par l'étude?  
\_\_\_\_\_
    - Combien de fois avez-vous joué le rôle de préceptrice auprès d'une nouvelle infirmière intégrée sur l'unité de soins intensifs (pas de stage)?  
\_\_\_\_\_(Passer ensuite au **point 3**)
  - b. (Si **NON**) Puis-je vous rappeler à un autre moment? Lequel? \_\_\_\_\_  
**\*Fin de l'appel\***
  
3. Cette étude vise à explorer les perceptions d'IND et de préceptrices sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs. La collecte de données comporte deux volets, des entretiens semi-structurés (individuels) avec les IND

et des entretiens de groupe avec les préceptrices. Il s'agit de comprendre comment les IND et les préceptrices perçoivent le développement de l'autonomie professionnelle des IND travaillant sur une unité de soins intensifs.

Si vous désirez toujours participer à cette étude, votre participation inclura une discussion de groupe avec environ cinq autres préceptrices et sera d'une durée de 60 à 90 minutes ainsi qu'un retour avec les participantes. Le groupe de discussion ressemblera à une conversation de groupe au cours de laquelle vous serez amenée à discuter avec vos collègues du développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le cadre du programme d'intégration. Le retour avec le groupe de participantes consiste à revoir les résultats préliminaires de la recherche afin d'assurer que les propos que vous avez tenus lors de l'entretien de groupe sont conformes à votre pensée sur le sujet de recherche. Le groupe de discussion et le retour seront faits à l'extérieur des heures de travail. Pour vous remercier de votre participation, il vous sera remis une carte-cadeau d'un magasin de café d'une valeur de 20\$.

4. Désirez-vous toujours participer à cette recherche? \_\_\_\_\_
  - a. (Si **OUI**) (passer au **point 5**)
  - b. (Si **NON**) Je vous remercie d'avoir pris le temps d'appeler pour avoir plus d'informations sur le projet de recherche. Passez une belle journée. **\*Fin de l'appel\***
  
5. Finalement, si vous me le permettez, je prendrais en note vos coordonnées afin de vous faire parvenir un lien de sondage de disponibilité (*Doodle*) qui permettra de choisir le moment et l'endroit qui conviendront à toutes les participantes des groupes de discussion. Je vous ferai également parvenir une liste de thèmes qui seront abordés lors des entretiens de groupe. Vous pourrez donc avoir une idée de ce que nous discuterons. Votre identité et vos coordonnées demeureront confidentielles en tout temps.

Avez-vous des questions?

Merci et bonne journée. **\*Fin de l'appel\***

**Si un message est laissé :**

Bonjour madame ou monsieur X,

Mon nom est Émilie Daigle, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, je rends votre appel concernant votre participation à mon projet de recherche de maîtrise. Je vous remercie de votre intérêt porté pour ce projet de recherche et de votre désir d'y participer. Vous pouvez me recontacter au même numéro, soit le [REDACTED]. Nous pourrions ensemble confirmer votre participation au projet de recherche après vous avoir expliqué en quoi consiste cette participation.

J'attends votre appel. Merci.

Note : \_\_\_\_\_



**Courriel n° 1 : Lien de sondage de disponibilité et envoi de la liste de thèmes**

**Sujet du courriel :** Participation au projet de recherche d'une étudiante à la maîtrise

Date : Le JJ-MM-AAAA

Bonjour madame ou monsieur X,

Votre participation au projet de recherche *Explorer les perceptions d'IND et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs* est grandement appréciée. Ce message est pour vous faire parvenir le lien de sondage de disponibilité afin de nous faire connaître le moment que vous préférez pour la tenue du groupe de discussion. Répondre au sondage de disponibilité ne prendra que deux minutes de votre temps.

1. Cliquez sur le lien suivant : URL
2. Tapez votre nom dans l'espace prévu à cet effet;
3. Sélectionnez, parmi les plages horaires déterminées, celle(s) qui vous convient(ent) selon vos disponibilités;
4. Dans le bas de la page, dans les commentaires, vous pouvez indiquer si vous avez une préférence ou une suggestion de lieu où tenir le groupe de discussion;
5. Une fois terminé, vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton « Terminé » et quitter la page.

Veillez me contacter par téléphone ou par courriel si vous éprouvez des problèmes avec le site Web.

La présente est également pour vous faire parvenir la liste de thèmes abordés pendant l'entretien de groupe. Il s'agit seulement d'en prendre connaissance avant la tenue du groupe de discussion. Aucune préparation supplémentaire ne sera requise.

Nous aborderons ensemble de votre perception, en tant que préceptrice, sur le développement de l'autonomie professionnelle des IND durant le programme d'intégration et de leur capacité de prise de décision

Il est possible de me contacter par téléphone au [REDACTED] ou par courriel à [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca) pour toutes questions et pour obtenir de l'aide avec le sondage de disponibilité.

Merci encore de votre intérêt pour le projet.

Salutations sincères,

Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Option formation

Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Courriel n° 2 : Confirmation de participation**

**Sujet du courriel :** Participation au projet de recherche d'une étudiante à la maîtrise

Date : Le JJ-MM-AAAA

Bonjour madame ou monsieur X,

Ce message est un rappel pour la tenue du groupe de discussion le (date) \_\_\_\_\_ à (heure) \_\_\_\_:\_\_\_\_ à (endroit) \_\_\_\_\_. Votre participation au projet de recherche *Explorer les perceptions d'IND et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des IND sur les unités de soins intensifs* est grandement appréciée.

Dans l'éventualité où vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter au groupe de discussion, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Il est possible de me contacter par téléphone au [REDACTED] ou par courriel à [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

S'il-vous-plait, répondre à ce courriel en guise de confirmation.

Merci encore de votre intérêt pour le projet.

Salutations sincères,

Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Option formation  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Courriel n°3: Retour avec les participantes**

**Sujet du courriel :** Retour avec les participantes

Date : Le JJ-MM-AAAA

Bonjour madame ou monsieur X,

Il y a quelques mois déjà, vous avez participé à ma recherche concernant le développement de l'autonomie professionnelle des IND sur l'unité de soins intensifs. Je recommunique avec vous afin de valider votre perception des premiers résultats de la recherche.

Je vous envoie un tableau-résumé des analyses des résultats pour votre groupe de participants, soit les préceptrices. Le tableau est divisé en différents thèmes: Début de carrière difficile pour les IND, Définitions de l'autonomie professionnelle, Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle et Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle.

Votre participation consiste à:

- Mentionner si les résultats correspondent à votre perception du développement de l'autonomie professionnelle des IND sur l'unité de soins intensifs;
- Me formuler vos commentaires en lien avec les résultats (s'il y a lieu).

À titre de rappel, les questions de recherche auxquelles les résultats doivent répondre sont:

- Comment des IND et des préceptrices d'unités de soins intensifs conçoivent-elles l'autonomie professionnelle dans un programme d'intégration?
- Comment des IND perçoivent-elles le développement de leur autonomie professionnelle dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?
- Comment des préceptrices perçoivent-elles le développement de l'autonomie professionnelle des IND dans le déploiement de leurs compétences sur les unités de soins intensifs durant le programme d'intégration?

Merci encore une fois de votre participation, elle est grandement appréciée.

Cordialement,

Émilie Daigle, inf. B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Option formation  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

**Appendice E - Questionnaire de données sociodémographiques (infirmières nouvellement diplômées)**

**Explorer les perceptions d’infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l’autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

**Code de la participante :**

**Âge :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F M

**Unité de soins :** \_\_\_\_\_

**Quart de travail :** Jour Soir Nuit

**Nombre de jours de pratique clinique par quinzaine :** \_\_\_\_\_

**Niveau d’étude complété en soins infirmiers :** DEC Baccalauréat Certificat  
DESS Maîtrise Doctorat

**Année d’obtention du permis d’exercice de l’OIIQ:** \_\_\_\_\_ (date)

**Année de diplomation:** \_\_\_\_\_ (date)

**Début du programme d’intégration:** \_\_\_\_\_ (date)

**Dans le cadre du programme d’intégration, avec combien de préceptrices avez-vous été jumelée:** \_\_\_\_\_

**Appendice F - Questionnaire de données sociodémographiques (préceptrices)**

**Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

**Code de la participante :**

**Âge :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** F M

**Unité de soins :** \_\_\_\_\_

**Quart de travail :** Jour Soir Nuit

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

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

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

**Année de diplomation (dernier diplôme obtenu):** \_\_\_\_\_ (date)

**Nombre d'années d'expérience sur l'unité :** \_\_\_\_\_

**Nombre de préceptorat effectué dans le cadre du programme d'intégration:**

2 fois 3 à 5 fois plus de 5 fois

## Appendice G - Formulaire d'information et de consentement (infirmières nouvellement diplômées)



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT<sup>1</sup> (infirmières nouvellement diplômées)

**Étude : Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

Chercheuse principale: Louise Boyer, inf., Ph. D, directrice de recherche  
Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : louise.boyer@umontreal.ca  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 4547

Étudiante-chercheuse : Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : emilie.daigle@umontreal.ca

Co-directrice de la recherche : Louise-Andrée Brien, inf., M. Sc.  
Professeure adjointe de formation pratique  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : louise-andree.brien@umontreal.ca  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 38479

Financement: Obtention de bourses d'études de l'Équipe FUTUR et de l'Institut de cardiologie de Montréal

---

<sup>1</sup> L'expression participante couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre féminin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

## INFORMATION

### **Introduction**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui est réalisé dans le cadre des études de maîtrise en sciences infirmières d'Émilie Daigle sous la supervision de la chercheure responsable du projet de recherche, Madame Louise Boyer.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou à l'étudiante-chercheure et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **Nature et objectifs de l'étude**

Lors du passage du rôle d'étudiante à celui de professionnelle de la santé, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la transition vécue par les infirmières nouvellement diplômées est, à la fois, stimulante et stressante. L'autonomie dans la pratique est appréhendée par les infirmières nouvellement diplômées dès le début de leur pratique professionnelle et fait partie intégrante des difficultés liées à la transition. De par ses composantes pédagogiques, le programme de résidence infirmier en soins critiques favorise certainement le développement de l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées. Le niveau de compétences étant évalué par le développement de l'autonomie, il est nécessaire d'explorer ce qui est défini comme étant le concept de l'autonomie selon les infirmières nouvellement diplômées et les préceptrices.

Cette étude a pour but d'explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées aux unités de soins intensifs dans un contexte d'intégration basé sur une structure de programme de résidence infirmier.

Cette étude se déroulera à [REDACTED]. Jusqu'à 14 personnes seront recrutées sur les unités de soins intensifs de [REDACTED], soit six infirmières nouvellement diplômées et huit préceptrices.

### **Déroulement du projet de recherche**

Dans le cadre de ce projet de recherche, votre aide est souhaitée afin que vous partagiez vos perceptions quant au développement de l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs.

Pour les infirmières nouvellement diplômées, un entretien semi-structuré (individuel) d'une durée entre 45 et 60 minutes sera réalisé au moment et à l'endroit de votre choix. Cet entretien ressemblera à une conversation au cours de laquelle on vous posera des questions simples afin que vous nous parliez de votre expérience dans le programme d'intégration et de vos perceptions. Afin

de vous préparer, les thèmes abordés lors de l'entretien vous seront communiqués à l'avance. L'entretien sera enregistré sur bande audio afin de nous permettre de vous réécouter et que nous puissions analyser les informations que vous nous avez transmises.

Par la suite, vous serez invitée à répondre à un court questionnaire visant à recueillir des informations démographiques, par exemple, sur votre âge et votre dernier diplôme obtenu en soins infirmiers.

Dans un deuxième et dernier temps, votre collaboration sera requise pour une activité de retour avec les participantes. Quatre à six semaines après l'entretien, vous serez invitée, de façon individuelle, à revoir les résultats préliminaires de la recherche avec l'étudiante-chercheuse afin d'assurer que les propos que vous avez tenus lors de l'entretien sont conformes à votre pensée sur le sujet de recherche. Cette activité de retour sera d'une durée de 20 minutes.

### **Risques et désagréments**

Il y a peu de risques à participer à cette étude. Bien que les chances soient minimes, la participation à l'étude, plus précisément le partage d'expériences, pourrait susciter des émotions négatives. Au besoin, vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment. Si cela est nécessaire, vous serez invitée à recourir au service d'aide aux employés offerts par l'établissement. Ce service sera préalablement avisé par l'étudiante-chercheuse de la tenue de l'étude.

Cette recherche pourrait également engendrer des inconvénients en termes de déplacement, de temps, de frais associés (par exemple, des frais de stationnement). Afin de diminuer l'impact de ces inconvénients liés à la participation à la recherche, l'étudiante-chercheuse offrira la possibilité de réaliser les entretiens semi-structurés et le retour à l'endroit et au moment qui vous convient le plus.

### **Bénéfices et avantages**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche mais nous ne pouvons vous l'assurer. Dans tous les cas, votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans la discipline infirmière.

### **Participation volontaire et retrait de l'étude**

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

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre situation d'emploi actuelle ou future ou sur vos relations avec vos collègues de travail et votre employeur, ni sur votre relation avec les chercheuses et les autres intervenants. Si vous vous retirez du projet ou êtes retirée du projet, l'information déjà recueillie dans le cadre de ce projet pourra être détruite à votre demande.



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

#### **Compensation financière**

Une carte-cadeau de 20 \$ d'un magasin de café vous sera remise en guise de compensation financière pour votre participation à l'entretien semi-structuré ainsi qu'à l'activité de retour avec les participantes.

#### **Financement des études académiques**

L'étudiante-chercheuse a reçu des bourses d'études de l'Équipe FUTUR et de l'Institut de cardiologie de Montréal pour mener à bien ce projet de recherche dans le cadre des études à la maîtrise.

#### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée dans des documents informatiques munis d'un mot de passe connu de l'étudiante-chercheuse et de ses directrices de recherche dans un serveur sécurisé de l'Université de Montréal. Par ailleurs, les enregistrements audio et les données de la recherche seront conservés pendant cinq ans après la fin du projet par l'équipe de recherche et seront détruits par la suite.

Le petit nombre de participantes à cette recherche pourrait donner lieu à une identification indirecte de celles-ci lors de la diffusion des résultats. Toutefois, pour éviter le plus possible l'identification des unités de soins à l'étude et des participantes, le nom du centre hospitalier et la spécialité où vous travaillez ne seront pas précisés lors de la diffusion des résultats. De plus, les caractéristiques du milieu seront mentionnées dans l'étude de manière générale, sans détails permettant de l'identifier. L'utilisation d'un code plutôt que les noms des participantes pour identifier les données leur étant associées ainsi que l'utilisation de noms fictifs lors de la diffusion des résultats seront d'autres stratégies de protection de l'information mises en place pour assurer la confidentialité des données recueillies.

Il demeure possible que des collègues de travail reconnaissent votre participation à l'étude si l'entretien avec l'étudiante-chercheuse se déroule sur le lieu de travail. Pour diminuer ce risque, nous vous demandons votre discrétion sur les propos qui seront échangés et vous vous verrez offrir la possibilité de choisir le moment et le lieu où se déroulera l'entretien.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche ou par l'établissement, par une personne mandatée par les organismes de financement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

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

#### **Diffusion des résultats**

Les résultats de cette étude seront divulgués par le biais d'une publication d'un article scientifique dans une revue spécialisée et feront l'objet de présentations scientifiques dans le cadre des études de l'étudiante-chercheuse. En aucun cas, le nom de l'établissement, les unités de soins spécifiques où vous travaillez ainsi que vos renseignements personnels seront communiqués. Une fois l'étude publiée, les participantes qui le souhaitent pourront recevoir, par courriel, un résumé des résultats de l'étude. Adresse courriel : \_\_\_\_\_

#### **Indemnisation en cas de préjudice**

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

#### **Identification des personnes ressources**

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, ou de la collecte et de l'utilisation des renseignements personnels vous concernant vous pouvez contacter l'équipe de recherche. Louise Boyer, directrice de recherche au (514) 343-6111 poste 4547 ou par courriel [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca) ou Émilie Daigle par courriel [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participante ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du [REDACTED] au (514) 338-2222, poste 2259.

#### **Surveillance des aspects éthique du projet de recherche**

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

## CONSENTEMENT

**Titre : Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

\_\_\_\_\_  
Nom de la participante

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

\_\_\_\_\_  
Date jj-mois-aaaa

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différente de la chercheuse responsable du projet de recherche**

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Date(jj-mois-aaaa)

**Signature et engagement de la chercheure responsable du projet**

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

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la chercheure responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Signature de la chercheure responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Date(jj-mois-aaaa)

**Appendice H – Guide pour les entretiens individuels semi-structurés (infirmières  
nouvellement diplômées)**

|   |   |
|---|---|
| <b>Interventions d'introduction</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se présenter ;</li> <li>✓ Présenter le but de l'étude ;</li> <li>✓ Rappeler que les informations qu'on s'apprête à recueillir sont importantes et expliquer la valeur de l'information recueillie ;</li> <li>✓ Faire lire et faire signer le formulaire d'information et de consentement ;</li> <li>✓ Informer des mesures prises pour assurer la confidentialité ;</li> <li>✓ Informer de la possibilité de se retirer en tout temps ;</li> <li>✓ Demander la permission pour l'enregistrement ;</li> <li>✓ Posez la question : avez-vous des questions avant que nous débutions ?</li> </ul> |   |
| <b>Autonomie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comment avez-vous réagi lors de votre première journée où vous deviez prendre en charge un patient sans avoir l'accompagnement d'une préceptrice ? Vous sentiez-vous prête ? Avez-vous éprouvé des difficultés ?</li> <li>✓ Pour vous, que signifie être autonome comme infirmière ? Donnez-moi un exemple.</li> <li>✓ Croyez-vous que cette définition soit partagée par vos collègues ?</li> </ul> |
| <b>Prise de décision</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Devant une situation X, comment une infirmière fait-elle pour prendre une décision dans l'intérêt du patient ? (Objectivité, indépendance, imputabilité, reddition de compte, compétences)</li> </ul>  |
| <b>Développement</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comment une infirmière développe-t-elle son autonomie professionnelle au cours de sa carrière ?</li> <li>✓ Qu'est-ce qui vous motive à vous développer en tant qu'infirmière ?</li> <li>✓ Qu'est-ce qui influence le plus le développement de votre autonomie professionnelle selon vous (facteurs facilitants vs contraignants) ?</li> </ul>  |
| <b>Collaboration</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dans quelles situations demandez-vous la collaboration de vos collègues ? (Situations d'urgence, questionnements)</li> <li>✓ Comment percevez-vous la collaboration avec vos collègues par rapport à votre autonomie professionnelle?</li> <li>✓ Dans quelles situations trouvez-vous cette collaboration appropriée ?</li> </ul>  |
| <b>Conclusion</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faire remplir les questionnaires de données sociodémographiques ;</li> <li>✓ Faire un rappel sur les éléments discutés ;</li> <li>✓ Remercier les participantes de leur confiance et les informer des suites de l'étude ;</li> <li>✓ Rappeler le retour avec les participantes.</li> </ul>   |   |

## Appendice I - Formulaire d'information et de consentement (préceptrices)



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT<sup>1</sup> (préceptrices)

**Étude : Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

**Chercheuse principale:** Louise Boyer, inf., Ph. D, directrice de recherche  
Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel: [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 4547

**Étudiante-chercheuse:** Émilie Daigle, inf., B. Sc.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

**Co-directrice de la recherche :** Louise-Andrée Brien, inf., M. Sc.  
Professeure adjointe de formation pratique  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Courriel : [louise-andree.brien@umontreal.ca](mailto:louise-andree.brien@umontreal.ca)  
Téléphone : (514) 343-6111 poste 38479

**Financement:** Obtention de bourses d'études de l'Équipe FUTUR et de l'Institut de cardiologie de Montréal

---

<sup>1</sup> L'expression participante couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre féminin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

## INFORMATION

### **Introduction**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui est réalisé dans le cadre des études de maîtrise en sciences infirmières d'Émilie Daigle sous la supervision de la chercheure responsable du projet de recherche, Madame Louise Boyer.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou à l'étudiante-chercheure et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### **Nature et objectifs de l'étude**

Lors du passage du rôle d'étudiante à celui de professionnelle de la santé, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la transition vécue par les infirmières nouvellement diplômées est, à la fois, stimulante et stressante. L'autonomie dans la pratique est appréhendée par les infirmières nouvellement diplômées dès le début de leur pratique professionnelle et fait partie intégrante des difficultés liées à la transition. De par ses composantes pédagogiques, le programme de résidence infirmier en soins critiques favorise certainement le développement de l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées. Le niveau de compétences étant évalué par le développement de l'autonomie, il est nécessaire d'explorer ce qui est défini comme étant le concept de l'autonomie selon les infirmières nouvellement diplômées et les préceptrices.

Cette étude a pour but d'explorer les perceptions des infirmières nouvellement diplômées et des préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées aux unités de soins intensifs dans un contexte d'intégration basé sur une structure de programme de résidence infirmier.

Cette étude se déroulera à [REDACTED] Jusqu'à 14 personnes seront recrutées sur les unités de soins intensifs de [REDACTED] soit six infirmières nouvellement diplômées et huit préceptrices.

### **Déroulement du projet de recherche**

Dans le cadre de ce projet de recherche, votre aide est souhaitée afin que vous partagiez vos perceptions quant au développement de l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs.

Pour les infirmières préceptrices du programme d'intégration basé sur une structure de programme de résidence infirmier, un groupe de discussion d'environ 60 à 90 minutes sera réalisé avec cinq à sept de vos collègues, aussi préceptrices dans le programme. Ce groupe de discussion ressemblera à une conversation de groupe au cours de laquelle vous serez amenée à discuter avec vos collègues

du développement de l'autonomie des infirmières nouvellement diplômées dans le cadre du programme d'intégration. Afin de vous préparer, les thèmes abordés lors du groupe de discussion vous seront communiqués à l'avance. Les propos tenus lors du groupe de discussion seront enregistrés sur bande audio afin de nous permettre de vous réécouter au besoin, et que nous puissions analyser les informations que vous nous avez transmises.

Par la suite, vous serez invitée à répondre à un court questionnaire visant à recueillir des informations démographiques, par exemple, sur votre âge et votre dernier diplôme obtenu en soins infirmiers.

Dans un deuxième et dernier temps, votre collaboration sera requise pour une activité de retour avec les participantes. Quatre à six semaines après le groupe de discussion, vous serez invitée, en groupe, à revoir les résultats préliminaires de la recherche avec l'étudiante-chercheuse afin d'assurer que les propos que vous avez tenus lors du groupe de discussion sont conformes à votre pensée sur le sujet de recherche. Cette activité de retour sera d'une durée de 30 minutes.

### **Risques et désagréments**

Il y a peu de risques à participer à cette étude. Bien que les chances soient minimes, la participation à l'étude, plus précisément le partage d'expériences, pourrait vous susciter des émotions négatives. Au besoin, vous pouvez cesser ou vous retirer du groupe de discussion à tout moment. Si cela est nécessaire, vous serez invitée à recourir au service d'aide aux employés offerts par l'établissement. Ce service sera préalablement avisé par l'étudiante-chercheuse de la tenue de l'étude.

Cette recherche pourrait également engendrer des inconvénients en termes de déplacement, de temps, de frais associés (par exemple, des frais de stationnement). Afin de diminuer l'impact de ces inconvénients liés à la participation à la recherche, l'étudiante-chercheuse offrira la possibilité de réaliser le groupe de discussion à l'endroit et au moment qui convient le plus aux participantes.

### **Bénéfices et avantages**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche mais nous ne pouvons vous l'assurer. Dans tous les cas, votre participation permettra de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans la discipline infirmière.

### **Participation volontaire et retrait de l'étude**

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

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre situation d'emploi actuelle ou future ou sur vos relations avec vos collègues de travail et votre employeur, ni sur votre relation avec les chercheuses et les autres intervenants. Si vous vous retirez ou êtes retirée du projet, les données collectées jusqu'à présent dans le cadre du groupe de discussion seront conservées et utilisées pour la recherche.



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

### **Compensation financière**

Une carte-cadeau de 20 \$ d'un magasin de café vous sera remise en guise de compensation financière pour votre participation au groupe de discussion ainsi qu'à l'activité de retour avec les participantes.

### **Financement des études académiques**

L'étudiante-chercheuse a reçu des bourses d'études de l'Équipe FUTUR et de l'Institut de cardiologie de Montréal pour mener à bien ce projet de recherche dans le cadre des études à la maîtrise.

### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée dans des documents informatiques munis d'un mot de passe connu de l'étudiante-chercheuse et de ses directrices de recherche dans un serveur sécurisé de l'Université de Montréal. Par ailleurs, les enregistrements audio et les données de la recherche seront conservés pendant cinq ans après la fin du projet par l'équipe de recherche et seront détruits par la suite.

Le petit nombre de participantes à cette recherche pourrait donner lieu à une identification indirecte de celles-ci lors de la diffusion des résultats. Toutefois, pour éviter le plus possible l'identification des unités de soins à l'étude et des participantes, le nom du centre hospitalier et la spécialité où vous travaillez ne seront pas précisés lors de la diffusion des résultats. De plus, les caractéristiques du milieu seront mentionnées dans l'étude de manière générale, sans détails permettant de l'identifier. L'utilisation d'un code plutôt que les noms des participantes pour identifier les données leur étant associées ainsi que l'utilisation de noms fictifs lors de la diffusion des résultats seront d'autres stratégies de protection de l'information mises en place pour assurer la confidentialité des données recueillies.

Il demeure possible que des collègues de travail reconnaissent votre participation à l'étude si le groupe de discussion se déroule sur le lieu de travail. Pour diminuer ce risque, nous vous demandons votre discrétion sur les propos qui seront échangés et vous vous verrez offrir la possibilité de choisir le moment et le lieu où se déroulera le groupe de discussion.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche ou par l'établissement, par une personne mandatée par les organismes de financement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

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

#### **Diffusion des résultats**

Les résultats de cette étude seront divulgués par le biais d'une publication d'un article scientifique dans une revue spécialisée et feront l'objet de présentations scientifiques dans le cadre des études de l'étudiante-chercheuse. En aucun cas, le nom de l'établissement, les unités de soins spécifiques où vous travaillez ainsi que vos renseignements personnels seront communiqués. Une fois l'étude publiée, les participantes qui le souhaitent pourront recevoir, par courriel, un résumé des résultats de l'étude. Adresse courriel : \_\_\_\_\_

#### **Indemnisation en cas de préjudice**

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

#### **Identification des personnes ressources**

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, ou de la collecte et de l'utilisation des renseignements personnels vous concernant vous pouvez contacter l'équipe de recherche. Louise Boyer, directrice de recherche au (514) 343-6111 poste 4547 ou par courriel [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca) ou Émilie Daigle par courriel [emilie.daigle@umontreal.ca](mailto:emilie.daigle@umontreal.ca)

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participante ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux \_\_\_\_\_ au (514) 338-2222, poste 2259.

#### **Surveillance des aspects éthique du projet de recherche**

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

### CONSENTEMENT

**Titre : Explorer les perceptions d’infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l’autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs**

J’ai pris connaissance du formulaire d’information et de consentement. Je reconnais qu’on m’a expliqué le projet, qu’on a répondu à mes questions et qu’on m’a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d’information et de consentement m’a été remise.

\_\_\_\_\_  
Nom de la participante

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

\_\_\_\_\_  
Date jj-mois-aaaa

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différente de la chercheure responsable du projet de recherche**

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui obtient le consentement

\_\_\_\_\_  
Date(jj-mois-aaaa)

**Signature et engagement de la chercheuse responsable du projet**

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

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

\_\_\_\_\_  
Nom de la chercheuse responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

\_\_\_\_\_  
Date(jj-mois-aaaa)

## Appendice J - Guide pour les groupes de discussion (préceptrices)

|   |  |
|---|--|
| <b>Interventions d'introduction</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se présenter ;</li> <li>✓ Présenter le but de l'étude ;</li> <li>✓ Rappeler que les informations qu'on s'apprête à recueillir sont importantes et expliquer la valeur de l'information recueillie ;</li> <li>✓ Faire lire et faire signer le formulaire d'information et de consentement ;</li> <li>✓ Informer des mesures prises pour assurer la confidentialité ;</li> <li>✓ Informer de la possibilité de se retirer en tout temps ;</li> <li>✓ Demander la permission pour l'enregistrement ;</li> <li>✓ Posez la question : avez-vous des questions avant que nous débutions ?</li> </ul> |  |
| <b>Autonomie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pour vous, que signifie être autonome comme infirmière ? Donnez-moi un exemple.</li> <li>✓ Qu'est-ce qu'une IND autonome ?</li> <li>✓ Est-ce que cette définition est partagée par tout le monde autour de la table ?</li> </ul>  |
| <b>Prise de décision</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Devant une situation X, comment une IND devrait-elle s'y prendre pour prendre une décision ? (Objectivité, indépendance, imputabilité, reddition de compte, compétences)</li> </ul>   |
| <b>Développement</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comment une IND peut-elle s'y prendre pour développer son autonomie professionnelle au cours de sa carrière ?</li> <li>✓ Qu'est-ce qui influence le plus le développement de l'autonomie professionnelle selon vous (facteurs facilitants vs contraignants)?</li> </ul> |
| <b>Préceptorat</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En règle générale, comment se déroule le processus d'accompagnement des IND lors de leur intégration sur les unités de soins intensifs ?</li> <li>✓ Croyez-vous que les IND partagent votre point de vue ?</li> </ul>   |
| <b>Conclusion</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Faire remplir les questionnaires de données sociodémographiques ;</li> <li>✓ Faire un rappel sur les éléments discutés ;</li> <li>✓ Remercier les participantes de leur confiance et les informer des suites de l'étude ;</li> <li>✓ Rappeler le retour avec les participantes.</li> </ul>   |  |

## Appendice K – Lexique de codes

Tableau 2 Lexique de codes

| Codes   | Définitions  | Verbatims exemplaires   |
|---|--|---|
| Autonomie   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Définitions du concept d'autonomie professionnelle.</li> </ul>  | Donc, je pense qu'une infirmière qui est comme autonome, c'est vraiment une infirmière qui a comme toute la vision globale du patient et qui est capable d'agir en fonction de tout ça. |
| Collaboration   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment collaborent-elles avec leurs collègues;</li> <li>Les influences de la collaboration inter ou intraprofessionnelle.</li> </ul> | C'est toujours intéressant de collaborer, parce qu'on discute de ce qui se passe.   |
| Demander de l'aide  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Demander de l'aide à ses collègues lors de questionnements ou d'incertitude.</li> </ul>   | Quand tu demandes de l'aide, tu poses des questions. Ça, ça t'aide aussi à être autonome.   |
| Développement de l'autonomie  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment-elles développent leur autonomie professionnelle au cours de leur carrière.</li> </ul>  | Tu développes ton expertise. C'est sûr qu'avec ton expérience au travail, d'en faire beaucoup, tu gagnes de la rapidité, tu gagnes de l'expérience, tu vas apprendre.                   |
| Difficultés   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les peurs et les difficultés rencontrées par les IND.</li> </ul>  | La peur de manquer de temps. J'avais peur aussi... Est-ce que j'ai oublié des choses importantes?   |
| Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui influence négativement le développement de leur autonomie professionnelle.</li> </ul>  | Le manque de confiance en soi, ça pourrait être, ça pourrait faire en sorte... Ça pourrait un peu empêcher le développement de l'autonomie.   |
| Facteurs facilitant le développement de l'autonomie professionnelle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ce qui influence positivement le développement de leur autonomie professionnelle.</li> </ul>  | Le fait d'être capable de faire quelque chose. Capable d'avoir dans une situation... Ça, ça pourrait aussi aider à développer ton autonomie   |
| Motivations   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les motivations à se développer professionnellement.</li> </ul>   | Moi ce qui me motive, c'est être une bonne infirmière.  |

|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| Préceptorat       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus d'accompagnement des préceptrices</li> </ul>   | Quand on est un peu éloigné, ils ont le temps de réfléchir et c'est à force de faire des liens qu'eux, ils vont devenir autonomes. |
| Prise de décision | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment s'y prennent-elles pour prendre une décision concernant les soins du patient.</li> </ul> | L'évaluation, les données que t'as, t'évalues. Ensuite, il faut que tu te bases aussi sur ton jugement.                            |

## Appendice L - Exemple de catégories et de codes

Tableau 3 Exemple de catégories et leurs codes associés

| <b>Définitions de l'autonomie</b>  | <b>Motivation à être autonome</b>   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : formes de savoirs</li> <li>• Autonomie : Définition = Travailler seule + Prise de décision + déléguer + demander de l'aide (quand c'est nécessaire)</li> <li>• Autonomie : Être capable de se débrouiller</li> <li>• Définition autonomie : Avoir une vision large du patient</li> <li>• Définition de l'autonomie : Avoir des solutions</li> <li>• Changement dans le temps de la définition</li> <li>• Objectif d'autonomie</li> <li>• Autonomie : voir large</li> <li>• Autonomie : se questionner sur les prescriptions des résidents</li> <li>• Autonomie : voir la globalité du patient</li> <li>• L'autonomie se développe avec le temps</li> <li>• Être autonome : prendre la bonne décision sans demander aux autres</li> <li>• Être autonome : efficacité et sécurité</li> <li>• Être autonome : savoir quoi faire selon les situations, organisation des soins, diriger les soins</li> <li>• Développement de l'autonomie : formation continue</li> <li>• Développer son autonomie : développer ses connaissances</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Intérêt pour son domaine</li> <li>• Motivation : Autant un facteur facilitant que contraignant. Relation directe entre la motivation et le développement de l'autonomie</li> <li>• Facteur facilitant : motivation à apprendre</li> <li>• Être autonome aussi dans ses apprentissages. Curiosité intellectuelle.</li> <li>• Motivation : Être une bonne infirmière</li> <li>• Motivations : avoir de l'expérience, ne plus poser de questions</li> <li>• Se comparer aux autres = source de motivation pour développer son autonomie. Stress de performance.</li> <li>• L'envie d'être autonome</li> <li>• Motivation = performance</li> <li>• Avoir hâte de s'organiser toute seule. Recherche d'autonomie.</li> <li>• Motivateur : donner les meilleurs soins pour la sécurité du patient</li> <li>• Être autonome : motivation. Curiosité d'apprendre</li> <li>• Être autonome : diminuer l'anxiété ?</li> <li>• Être autonome le plus rapidement possible</li> </ul> |
| <p style="text-align: center;"><b>Sécurité et réassurance par la présence de la préceptrice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filet de sécurité</li> <li>• Besoin de réassurance</li> <li>• Préceptrice : référence inconsciente ?</li> <li>• Préceptrice : filet de sécurité ou petites roues de vélo</li> <li>• Le filet de sécurité est aidant</li> </ul>  | <p style="text-align: center;"><b>Chercher les informations et les ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs facilitant le développement de l'autonomie : les ressources du milieu.</li> <li>• Consultation des ressources au lieu de demander aux collègues = plus d'autonomie</li> <li>• Personnes-ressources</li> <li>• Soutien offert par le milieu</li> <li>• Chercher dans les ressources à disposition</li> <li>• Facilitants : Chercher l'information</li> <li>• Aller chercher l'information au besoin</li> </ul>   |



## Appendice M - Thèmes, catégories et codes retenus de l'analyse des données

Tableau 4 Thèmes, catégories et codes retenus (infirmières nouvellement diplômées)

| Thèmes                         | Super-catégories   |  | Catégories  | Codes   |
|--------------------------------|--|--|---|---|
| Début de<br>carrière difficile | Difficulté avec la<br>nouveau                            |  | Difficulté dans<br>l'adaptation dans le<br>nouveau rôle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté : Adaptation au nouveau rôle</li> <li>• Adaptation</li> </ul>   |
|                                | Difficulté dans le<br>développement du<br>rôle infirmier |  | Difficulté dans la<br>prise en charge des<br>patients   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté : Résultats des traitements et le stress</li> <li>• Difficultés : interventions</li> <li>• Difficultés</li> <li>• Gestion complètement autonome : sentiment de solitude, fardeau trop lourd</li> <li>• Difficultés : Priorisation + Rapidité + Charge des patients</li> <li>• Difficultés : Gestion des soins des patients</li> <li>• Devenir autonome : interventions + prise en charge de patients</li> </ul> |
|                                |  |  | Difficulté dans la<br>priorisation des soins            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés : Priorisation + Stress</li> <li>• Difficultés : Priorisation + Rapidité + Charge des patients</li> <li>• Difficulté : Priorisation des soins + Rapidité + raisonnement clinique infirmier. En développement avec l'expérience.</li> <li>• Difficulté : Adaptation au niveau de la vitesse + organisation + priorisation</li> <li>• Difficulté : Manque de temps VS priorisation = Stress</li> </ul>           |

|  |                              |  |                              |  |
|--|------------------------------|--|------------------------------|--|
|  | Peurs et sentiments négatifs |  | Stress                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté : Résultats des traitements et le stress</li> <li>• Le stress ne doit pas paraître</li> <li>• Difficultés : stress</li> <li>• Difficultés : Priorisation + Stress</li> <li>• Difficulté : stress quand tu commences l'orientation. Celui de la nouveauté</li> <li>• Difficulté : Stress quand tu commences à être toute seule. Celui de l'inconnu</li> <li>• Difficulté : Stress avant de commencer le quart. Celui de l'inconnu</li> <li>• Stress = difficultés + facteur facilitant à l'autonomie ?</li> <li>• Facteur contraignant : personnalité perfectionniste = stress</li> <li>• Difficulté : Insécurité + stress</li> <li>• Difficulté : Manque de temps VS priorisation = Stress</li> <li>• Stress de travailler seul</li> <li>• Stress d'être 100% autonome dès le début</li> <li>• Stress d'oublier des choses</li> <li>• Stress de la nouveauté, instabilité des patients</li> <li>• Difficulté : stress de ne pas y arriver</li> </ul> |
|  |                              |  | Peurs, doutes et insécurités | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La peur de l'inconnu</li> <li>• Doutes sur la capacité d'adaptation</li> <li>• La gêne du commencement</li> <li>• Difficultés : Insécurité + Manque de confiance en soi</li> </ul>  |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance de demander de l'aide VS Avoir peur de demander de l'aide (IND)</li> <li>• Difficulté : Insécurité + stress</li> <li>• Difficulté : Peur d'oublier des choses. Le manque de temps. Insécurité du commencement</li> <li>• Facteur contraignant au développement : peur d'être jugé</li> <li>• Faire preuve d'introspection (nommer ses peurs) : Facteurs facilitants le développement de l'autonomie</li> <li>• La peur d'être jugée : Facteurs contraignants le développement de l'autonomie</li> <li>• Manque de connaissances + Insécurité</li> </ul> |
| Définitions de l'autonomie professionnelle |  |  | Définitions de l'autonomie professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : formes de savoirs</li> <li>• Autonomie : Définition = Travailler seule + Prise de décision + déléguer + demander de l'aide (quand c'est nécessaire)</li> <li>• Autonomie : Être capable de se débrouiller</li> <li>• Définition autonomie : Avoir une vision large du patient</li> <li>• Définition de l'autonomie : Avoir des solutions</li> <li>• Changement dans le temps de la définition</li> <li>• Objectif d'autonomie</li> <li>• Autonomie : voir large</li> </ul>   |

|   |   |                       |  |   |
|---|---|-----------------------|--|---|
|   |   |                       |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : se questionner sur les prescriptions des résidents</li> <li>• Autonomie : voir la globalité du patient</li> <li>• L'autonomie se développe avec le temps</li> <li>• Être autonome : prendre la bonne décision sans demander aux autres</li> <li>• Être autonome : efficacité et sécurité</li> <li>• Être autonome : savoir quoi faire selon les situations, organisation des soins, diriger les soins</li> <li>• Développement de l'autonomie : formation continue</li> <li>• Développer son autonomie : développer ses connaissances</li> </ul> |
|   |   |                       | Prise de conscience des responsabilités professionnelles | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imputabilité, responsabilité</li> <li>• Responsabilité envers les patients</li> </ul>  |
| Facteurs influençant le développement de l'autonomie professionnelle chez les IND | Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle | Facteurs intrinsèques | Motivation à être autonome                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Intérêt pour son domaine</li> <li>• Motivation : Autant un facteur facilitant que contraignant. Relation directe entre la motivation et le développement de l'autonomie</li> <li>• Facteur facilitant : motivation à apprendre</li> <li>• Être autonome aussi dans ses apprentissages. Curiosité intellectuelle.</li> <li>• Motivation : Être une bonne infirmière</li> </ul>  |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivations : avoir de l'expérience, ne plus poser de questions</li> <li>• Se comparer aux autres = source de motivation pour développer son autonomie. Stress de performance.</li> <li>• L'envie d'être autonome</li> <li>• Motivation = performance</li> <li>• Avoir hâte de s'organiser toute seule. Recherche d'autonomie.</li> <li>• Motivateur : donner les meilleurs soins pour la sécurité du patient</li> <li>• Être autonome : motivation. Curiosité d'apprendre</li> <li>• Être autonome : diminuer l'anxiété ?</li> <li>• Être autonome le plus rapidement possible</li> </ul> |
|  |  |  | Curiosité intellectuelle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Curiosité intellectuelle</li> <li>• Être autonome aussi dans ses apprentissages. Curiosité intellectuelle.</li> <li>• Favoriser l'autonomie = se renseigner, faire des recherches</li> <li>• Être autonome = motivation. Curiosité d'apprendre</li> </ul>  |
|  |  |  | Mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances antérieures.</li> <li>• Mobilisation des connaissances antérieures : Facteurs facilitants le développement de l'autonomie</li> <li>• Avoir des connaissances personnelles</li> </ul>   |

|  |  |                       |                                      |   |
|--|--|-----------------------|--------------------------------------|---|
|  |  |                       |                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des connaissances : Facteurs facilitants le développement de l'autonomie.</li> <li>• Les expériences antérieures, des points de références vers le développement de l'autonomie</li> <li>• Développement de l'autonomie : Connaissances/expériences antérieures pour consolider ses apprentissages – prise de décision</li> <li>• Développement de l'autonomie : Avec expériences antérieures</li> <li>• Développement de l'autonomie : connaissances antérieures</li> <li>• Développement de l'autonomie : Connaissances antérieures + Expériences. Apprentissage expérientiel de Dewey</li> <li>• Développement autonomie : temps + expériences + connaissances. Comme un continuum dans le temps</li> <li>• Baser les décisions sur les connaissances, les expériences et en observant = forge le développement de l'autonomie</li> <li>• Importance des connaissances antérieures</li> </ul> |
|  |  | Facteurs extrinsèques | Développement du savoir expérientiel | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté : Priorisation des soins + Rapidité + raisonnement clinique infirmier. En développement avec l'expérience.</li> </ul>   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de l'autonomie : Avec expériences antérieures</li> <li>• Développement de l'autonomie avec les expériences</li> <li>• Expériences antérieures</li> <li>• Besoin d'avoir des expériences avant de faire soi-même</li> <li>• Développement de l'autonomie : Connaissances antérieures + Expériences. Apprentissage expérientiel de Dewey</li> <li>• Développement autonomie : temps + expériences + connaissances. Comme un continuum dans le temps</li> <li>• Motivations : avoir de l'expérience, ne plus poser de questions</li> <li>• Importance du temps et des expériences antérieures pour construire ses apprentissages et être plus autonome</li> <li>• Avec le temps vient l'expérience</li> <li>• Développement de l'autonomie = avec l'expérience</li> <li>• Avoir de l'expérience pour être plus performant. Consolider ses apprentissages par les expériences antérieures vécues</li> <li>• Avec l'expérience, prendre plus sa place. Poser des questions à l'équipe médicale</li> <li>• Apprendre par l'expérience vécue pour le développement de l'autonomie</li> </ul> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |       |  |
|--|--|--|-------|--|
|  |  |  |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basés les décisions sur les connaissances, les expériences et en observant = forge le développement de l'autonomie</li> <li>• Développement de l'autonomie avec l'expérience</li> <li>• Développement de l'autonomie avec l'expérience</li> <li>• Demander de l'aide + Savoir expérientiel</li> <li>• Savoir expérientiel</li> </ul>  |
|  |  |  | Temps | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le temps : Facteurs facilitants le développement de l'autonomie</li> <li>• Le temps : Facteurs facilitants le développement de l'autonomie.</li> <li>• Développement autonomie : temps + expériences + connaissances. Comme un continuum dans le temps</li> <li>• Le temps... un facteur important</li> <li>• Importance du temps et des expériences antérieures pour construire ses apprentissages et être plus autonome</li> <li>• L'autonomie se développe avec le temps, et la façon de se considérer autonome aussi</li> <li>• Le développement de l'autonomie est un processus continu</li> <li>• Avec le temps vient l'expérience</li> <li>• Développement de l'autonomie = long processus, un continuum</li> <li>• Toujours en développement</li> </ul> |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Collaboration dans l'équipe inter et intraprofessionnelle</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'écoute : Collaboration au niveau de toute l'équipe</li> <li>• Facteur facilitant : collaboration de l'équipe</li> <li>• Facteur facilitant : Demander de l'aide. Équipe veut qu'on demande de l'aide</li> <li>• Facteur facilitant : collaboration / communication</li> <li>• Facteur facilitant : Disponibilité de l'équipe</li> <li>• Collaboration</li> <li>• Sélectionner les personnes à qui poser des questions. Réceptivité et performance</li> <li>• Autonomie = travailler en partenariat</li> <li>• Partenariat avec les médecins, c'est ça être autonome</li> <li>• Avec le temps, prendre un peu plus de place dans la collaboration. Reconnaître et faire reconnaître ses compétences comme infirmier. Parallèle avec le leadership ?</li> <li>• Facilitateurs : connaissances/compétences des collègues</li> <li>• Avec l'expérience, prendre plus sa place. Poser des questions à l'équipe médicale</li> <li>• Autonomie : Définition = Travailler seule + Prise de décision + déléguer + demander de l'aide (quand c'est nécessaire)</li> </ul> |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |                    |   |
|--|--|--|--------------------|---|
|  |  |  | Demander de l'aide | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de l'aide + Devenir autonome</li> <li>• Demander de l'aide</li> <li>• Collaboration : demander de l'aide</li> <li>• Collaboration + Demander de l'aide</li> <li>• Se trouver une ressource/trouver de l'aide</li> <li>• Demander de l'aide + Collaboration + Préceptorat</li> <li>• Ressources importantes : les collègues</li> <li>• Demander de l'aide quand on ne sait pas comment agir</li> <li>• Critères pour demander de l'aide : le temps, le moment opportun, le collègue.</li> <li>• Collaboration + Demander de l'aide</li> <li>• Le temps est un facteur pour demander de l'aide</li> <li>• Demander de l'aide + Facteurs facilitants le développement de l'autonomie (reconnaitre ses limites)</li> <li>• Demander de l'aide : valider, vérifier</li> <li>• Demander de l'aide + Collaboration</li> <li>• Demander de l'aide + Collaboration + Disponibilités des conseillères : Facteurs facilitants de développement de l'autonomie.</li> <li>• Discuter avec ses collègues</li> <li>• Pertinence de demander de l'aide</li> <li>• Collaboration : demander l'avis de l'autre</li> <li>• Autonomie : Définition = Travailler seule + Prise de décision + déléguer +</li> </ul> |
|--|--|--|--------------------|---|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  |   | <p>demander de l'aide (quand c'est nécessaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteur facilitant : Demander de l'aide. Équipe veut qu'on demande de l'aide</li> <li>• Importance de demander de l'aide VS Avoir peur de demander de l'aide (IND)</li> <li>• Développement autonomie = savoir demander de l'aide = permet la priorisation = leadership</li> <li>• Demander de l'aide= nuire au développement</li> <li>• Savoir quand demander de l'aide</li> <li>• Facilitants : Chercher l'information, les protocoles et demander de l'aide</li> <li>• Demander de l'aide</li> </ul>              |
|  |  |  | Poser des questions et apprendre de l'autre | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec d'autres professionnels = Augmenter les connaissances = Développement autonomie</li> <li>• Facilitateurs : connaissances/compétences des collègues</li> <li>• Collaboration inter. Apprendre de l'autre</li> <li>• Poser des questions, mais pas à tout le monde. Apprendre par les pairs</li> <li>• Préceptorat = Voir comment les autres s'organisent. Apprendre par les pairs, par l'observation</li> <li>• Apprentissage par les pairs, un apprentissage diversifié par une diversité de personne</li> <li>• Apprentissage par les pairs</li> </ul> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître l'expertise de l'autre pour développer la sienne</li> <li>• Apprentissage par les pairs</li> <li>• Poser des questions à des gens de confiance. Apprentissage par les pairs</li> <li>• Collaboration inter. Apprendre de l'autre</li> <li>• Facilitateur : préceptrice pour montrer organisation</li> </ul> |
|  |   | Sécurité et réassurance par la présence de la préceptrice | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filet de sécurité</li> <li>• Besoin de réassurance</li> <li>• Préceptrice : référence inconsciente ?</li> <li>• Préceptrice : filet de sécurité ou petites roues de vélo</li> <li>• Le filet de sécurité est aidant</li> </ul>  |
|  |   | Contraintes de la pratique clinique supervisée            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte de la pratique clinique supervisée = source de stress</li> <li>• Contraignant : Imposer une organisation</li> </ul>  |
|  | Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle | Demander de l'aide (perception négative)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir quand demander de l'aide</li> <li>• La peur d'être jugée : Facteurs contraignants le développement de l'autonomie</li> <li>• Importance de demander de l'aide VS Avoir peur de demander de l'aide (IND)</li> </ul>   |
|  |   | Manque de confiance en soi                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de confiance en soi : Facteurs contraignants le développement de l'autonomie.</li> <li>• Manque de confiance en soi : Facteurs contraignants le développement de l'autonomie</li> </ul>   |
|  |   |   |  |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés : Insécurité + Manque de confiance en soi</li> <li>• Manque de confiance : Facteur contraignant à l'autonomie</li> </ul> |
|--|--|--|--|---|

Tableau 5 Thèmes, catégories et codes retenus (préceptrices)

| Thèmes                                     |  | Super-catégories | Catégories   | Codes   |
|--|--|------------------|--|---|
| Début de carrière difficile                |  |                  | Stress   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs contraignants : le stress, l'ambiance d'équipe, la pression</li> <li>• Facteur contraignant au développement de l'autonomie : pression</li> <li>• Facteur contraignant : Présence du précepteur = stress</li> <li>• Facteur contraignant : stress</li> </ul>  |
| Définitions de l'autonomie professionnelle |  |                  | Être en mesure de prodiguer les soins aux patients       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : faire les soins/interventions</li> <li>• L'autonomie dans l'action</li> <li>• Nomme l'autonomie</li> <li>• Définition de l'autonomie + collaboration avec les autres (aide parfois nécessaire)</li> <li>• Être autonome : gestion du patient + Leadership</li> <li>• Prendre en charge toutes les sphères</li> <li>• Influence du développement de l'autonomie : environnement, précepteur, patient à charge.</li> </ul> |
|  |  |                  | Prise de conscience des responsabilités professionnelles | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : responsabilité</li> <li>• Réalisation... responsabilités, imputabilités</li> </ul>   |

|                                       |                                      |                                     |   |  |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
|                                       |                                      |                                     | Être autonome dans la prise de décision               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie dans la prise de décision</li> <li>• Autonomie + Développement de l'autonomie : prise de décision + évaluation</li> <li>• Processus de prise de décision</li> </ul>   |
|                                       |                                      |                                     | Importance de l'évaluation clinique du patient        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie + Développement de l'autonomie : prise de décision + évaluation</li> <li>• Autonomie : Évaluer son patient</li> </ul>   |
|                                       |                                      |                                     | Chercher informations et les ressources               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La recherche d'informations</li> <li>• Rechercher les bonnes ressources + Demander de l'aide + Autonomie</li> <li>• Facteur facilitant : personne-ressource disponible</li> <li>• Savoir où aller chercher les ressources, l'aide</li> <li>• Être autonome = savoir où aller chercher les ressources</li> </ul> |
|                                       |                                      |                                     | Reconnaitre ses limites                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie : l'importance de savoir reconnaître ses limites et demander de l'aide</li> <li>• Être autonome : connaître ses limites + Demander de l'aide (quand la demander)</li> <li>• Autonomie : extrait très fort et parlant selon moi</li> <li>• Autonomie</li> </ul>  |
|                                       |                                      |                                     | Se questionner sur la légitimité de la demande d'aide | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être autonome : connaître ses limites + Demander de l'aide (quand la demander)</li> </ul>   |
|                                       |                                      |                                     | Développement continue de l'autonomie professionnelle | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'autonomie : un processus</li> <li>• C'est progressif... C'est un continuum</li> <li>• Le temps c'est un facteur important</li> </ul>  |
| Facteurs influençant le développement | Facteurs favorisant le développement | Facteurs intrinsèques favorisant le | Mobilisation des apprentissages réalisés dans les     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de l'aide au besoin, conseils sur l'inconnu. Connaissances antérieures</li> </ul>  |

|   |                                |  |                                       |   |
|---|--------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| de l'autonomie professionnelle chez les IND | de l'autonomie professionnelle | développement de l'autonomie professionnelle                                     | situations cliniques antérieures      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances antérieures = facteur facilitant</li> <li>• Développement de l'autonomie + facteur facilitant : expériences antérieures. Coconstruire et consolider les apprentissages à partir de ses expériences antérieures pour le développement de son autonomie</li> </ul>   |
|   |                                |  | Poser des questions                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser des questions permet de voir le raisonnement clinique (comprendre le cheminement réflexif). Lien avec constructiviste</li> <li>• Amorcer un processus réflexif chez l'IND pour favoriser son autonomie, la progression de son développement. Y aller graduellement.</li> </ul>   |
|   |                                |  | Formuler des objectifs professionnels | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des objectifs : facteurs facilitants le développement de l'autonomie</li> <li>• Se donner des objectifs</li> </ul>   |
|   |                                | Facteurs extrinsèques favorisant le développement de l'autonomie professionnelle | Demander de l'aide                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de l'aide + Collaborer</li> <li>• Rechercher les bonnes ressources + Demander de l'aide + Autonomie</li> <li>• Autonomie : l'importance de savoir reconnaître ses limites et demander de l'aide</li> <li>• Définition de l'autonomie + collaboration avec les autres (aide parfois nécessaire)</li> <li>• Être autonome : connaître ses limites + Demander de l'aide (quand la demander)</li> <li>• Demander de l'aide au besoin, conseils sur l'inconnu. Connaissances antérieures</li> <li>• Savoir où aller chercher les ressources, l'aide</li> <li>• Demander de l'aide</li> </ul> |
|   |                                |  | Supervision clinique moins étroite    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de l'autonomie : les laisser-aller</li> <li>• Préceptorat : les laisser-faire</li> </ul>   |

|  |   |  |                              |  |
|--|---|--|------------------------------|--|
|  |   |  |                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préceptorat : faire une démonstration en premier puis après, laisser-aller</li> <li>• Devenir autonome + Préceptorat qui s'éloigne (facteur facilitant)</li> <li>• Autonomie = Moins d'interventions du précepteur</li> </ul>   |
|  |   |  | Faire confiance aux IND      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance de l'autre</li> <li>• Laisser de l'autonomie en fonction de la confiance</li> </ul>   |
|  | Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle |  | Supervision clinique étroite | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs contraignants le développement de l'autonomie : ne pas les laisser "louses"</li> <li>• Facteurs contraignant le développement de l'autonomie – laisser aller</li> </ul>  |
|  |   |  | Influence de l'environnement | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influence du développement de l'autonomie : environnement, précepteur, patient à charge.</li> <li>• Influence de l'équipe dans le développement de l'autonomie. Introduction au milieu</li> <li>• Facteur contraignant : milieu</li> <li>• Facteur contraignant : Environnement, charge de travail</li> <li>• Facteur contraignant</li> </ul> |



## Appendice N – Conclusions des analyses pour le retour avec les participantes

Tableau 6 Résumé des analyses présentées aux infirmières nouvellement diplômées

| Thèmes et sous-thèmes                      | Catégories  | Justifications   |
|--|---|--|
| Début de carrière difficile pour les IND   | Difficulté dans l'adaptation dans le nouveau rôle     | Les participantes ont mentionné avoir de la difficulté à s'adapter au nouveau rôle professionnel infirmier. En général, elles n'ont aucune expérience professionnelle dans le rôle d'infirmière sur une unité de soins.  |
|  | Difficulté dans la prise en charge des patients       | Les participantes ont abordé les difficultés dans la prise en charge de ces patients et de la quantité d'interventions à effectuer afin que la prise en charge soit sécuritaire et complète. Les participantes mentionnent qu'elles manquent de temps pour pouvoir réussir à faire toutes les interventions auprès de la personne soignée. |
|  | Difficulté dans la priorisation des soins             | Les participantes ont rapporté des difficultés dans l'organisation et la priorisation des soins à prodiguer aux patients hospitalisés sur une unité de soins intensifs.  |
|  | Stress  | Les participantes vivent beaucoup de stress lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs en lien avec les responsabilités professionnelles auxquelles elles font face.  |
|  | Peurs, doutes et insécurités                          | Les participantes ont beaucoup de questionnements et remettent constamment en doute leurs interventions, leur raisonnement clinique infirmier, les décisions prises concernant les soins des patients.   |
| Définitions de l'autonomie professionnelle | Capacité de prendre des décisions au bon moment       | Les participantes définissent le concept d'autonomie professionnelle comme étant la capacité de prendre des décisions aux bons moments et avoir confiance en ces décisions.  |
|  | Se questionner sur la légitimité de la demande d'aide | Il demeure important de pouvoir demander de l'aide à une personne-ressource. Cependant, elles se questionnent sur la légitimité de demander de l'aide.   |
|  | Trouver des solutions                                 | Pour les participantes, une infirmière autonome est en mesure de trouver des solutions, sans nécessairement demander de l'aide de ses collègues comme première ressource.  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | Avoir une vision globale de la situation de santé                                  | Une infirmière autonome travaillant sur l'unité de soins intensifs doit avoir une vision globale de la situation de santé du patient afin d'avoir une prise en charge complète et déterminer les interventions à effectuer auprès du patient.   |
|   | Prise de conscience des responsabilités professionnelles                           | L'autonomie professionnelle implique la prise de conscience des responsabilités professionnelles envers les patients. Être autonome implique que c'est l'infirmière qui devient responsable du patient auquel elle a la responsabilité.   |
| Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND | Motivation à être autonome   | Les participantes ont relevé que leur motivation à devenir autonome dans leur pratique était un facteur important au développement de l'autonomie professionnelle.  |
|   | Curiosité intellectuelle   | La curiosité intellectuelle et l'envie d'apprendre sont également identifiées par les participantes rencontrées comme des facteurs facilitant le développement de l'autonomie professionnelle.  |
|   | Mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures | La mobilisation de ses apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures permet de faire des liens avec les situations auxquelles les participantes ont été exposées et ainsi développer leur autonomie professionnelle.  |
|   | Développement du savoir expérientiel   | Les participantes ont évoqué l'importance du développement professionnel à partir des expériences dans le développement de l'autonomie professionnelle.   |
|   | Temps  | Le temps passé permet à l'infirmière d'être plus autonome lors de la pratique professionnelle sur l'unité de soins intensifs.   |
|   | Collaboration dans l'équipe inter et intraprofessionnelle                          | Les participantes ont identifié la collaboration des pairs comme facteur favorisant le développement de l'autonomie professionnelle puisque le travail d'équipe est omniprésent sur l'unité de soins intensifs et les participantes se sentent en confiance de travailler sur cette unité de soins. |
|   | Demander de l'aide   | Les participantes apprécient la possibilité de demander de l'aide à leurs collègues et la disponibilité de ceux-ci pour répondre à leurs questions. Elles ajoutent que demander de l'aide permet déléguer de façon consciente à leurs collègues et de prioriser les interventions.                  |
|   | Poser des questions et apprendre de l'autre  | Poser des questions et apprendre des préceptrices avec qui elles sont jumelées semblent très important pour les participantes pour le développement de leurs connaissances.   |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | Sécurité et réassurance par la présence de la préceptrice | Selon les participantes, la préceptrice avec qui elles sont jumelées augmente leur confiance en elles, contribue pleinement à leur développement professionnel et leur donne des outils pour le développement de leur autonomie professionnelle.  |
| Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle des IND | Contraintes de la pratique clinique supervisée            | Les participantes rencontrées mentionnent que, parfois, la pratique clinique supervisée peut brimer leur développement de l'autonomie professionnelle en imposant à celle-ci une façon de travailler qui ne serait pas nécessairement celle qu'elles utiliseraient pour organiser leur travail. |
|   | Demander de l'aide (perception négative)                  | Demander de l'aide à ses collègues peut devenir un facteur contraignant au développement de l'autonomie en ce sens où la demande d'aide très fréquente peut témoigner de l'insécurité de l'infirmière à prodiguer les soins aux patients.   |
|   | Manquer de confiance en soi                               | Les participantes mentionnent manquer de confiance en soi pour prendre des décisions et réaliser des interventions auprès du patient auquel elles ont la responsabilité.  |

Tableau 7 Résumé des analyses présentées aux préceptrices

| Thèmes et sous-thèmes                      | Catégories   | Justifications   |
|--|--|--|
| Début de carrière difficile pour les IND   | Stress   | Les participantes mentionnent que les IND vivent du stress lors de leur intégration sur l'unité de soins intensifs en lien avec les responsabilités professionnelles auxquelles elles font face.   |
| Définitions de l'autonomie professionnelle | Être en mesure de prodiguer les soins aux patients       | Les participantes mentionnent que l'autonomie professionnelle réside dans la prise en charge complète du patient hospitalisé sur l'unité de soins intensifs comprenant non seulement la surveillance clinique, mais également la gestion des soins d'un patient pouvant présenter une situation de santé instable. |
|  | Prise de conscience des responsabilités professionnelles | Une infirmière autonome est en mesure de coordonner les soins autour du patient et de prendre conscience des responsabilités entourant la prise en charge d'un patient hospitalisé sur une unité de soins intensifs.   |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | Être autonome dans la prise de décision  | Une infirmière autonome travaillant sur une unité de soins intensifs est autonome dans la prise de décision entourant les soins à prodiguer aux patients.  |
|   | Importance de l'évaluation clinique du patient                                     | La prise de décision de l'infirmière reposera sur les données collectées lors de l'évaluation clinique du patient, le raisonnement clinique infirmier dans l'interprétation de ces données et les interventions qui en découleront.                  |
|   | Chercher les informations et les ressources  | L'infirmière autonome reconnaît l'anormalité de la situation en se basant sur l'évaluation clinique initiale et connaît les ressources à sa disposition pour aller chercher les informations dont elle a besoin pour répondre à ses questionnements. |
|   | Reconnaître ses limites  | Être autonome sur une unité de soins intensifs implique une certaine autocritique de la part des IND quant à la reconnaissance de leurs limites.   |
|   | Se questionner sur la légitimité de la demande d'aide                              | Une infirmière travaillant sur une unité de soins intensifs, peu importe son expérience professionnelle, doit avoir recours à l'aide de ses collègues au moment opportun.  |
|   | Développement continue de l'autonomie professionnelle                              | Selon les participantes, le développement de l'autonomie professionnelle est perçu comme un long processus et est en développement continue.   |
| Facteurs favorisant le développement de l'autonomie professionnelle des IND | Mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures | Les participantes rapportent que la mobilisation des apprentissages réalisés dans les situations cliniques antérieures permet aux IND de développer leur savoir expérientiel et favorisent le développement de leur autonomie professionnelle.       |
|   | Poser des questions  | Selon les participantes, lorsque les IND posent des questions aux préceptrices, cela permet à celles-ci d'observer et d'apprécier la réflexivité des IND, soit son cheminement réflexif vers les décisions qu'elle prend.                            |
|   | Formuler des objectifs professionnels  | Les participantes ont identifié que les IND en intégration sur l'unité de soins intensifs doivent formuler des objectifs professionnels en lien avec leur intégration dans le milieu de soins.   |
|   | Demander de l'aide   | Les participantes ont identifié la demande d'aide des IND à leurs collègues et l'utilisation des ressources disponibles comme des facteurs facilitants au développement de l'autonomie professionnelle.  |

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
|   | Supervision clinique moins étroite | Les participantes ont identifié que le développement de l'autonomie professionnelle des IND était favorisé lorsque les préceptrices assurent une supervision clinique moins étroite des IND vers la fin de la période d'intégration.                     |
|   | Faire confiance aux IND            | Les participantes mentionnent que lorsqu'elles font confiance aux IND, elles seront plus enclines à assurer une supervision clinique moins étroite aux IND qu'elles orientent.   |
| Facteurs contraignant le développement de l'autonomie professionnelle des IND | Supervision clinique étroite       | Les participantes ont observé qu'une supervision clinique étroite auprès des IND pouvait nuire au développement de leur autonomie professionnelle.   |
|   | Influence de l'environnement       | L'unité de soins intensifs a été identifiée par les participantes comme un facteur pouvant influencer négativement le développement de l'autonomie professionnelle des IND étant donné l'instabilité de la situation de santé des patients hospitalisés. |

## Appendice O - Certificat d'éthique

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux

Québec 

PAR COURRIEL UNIQUEMENT

Le 11 décembre 2017


Louise Boyer, inf., Ph. D.  
Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Émilie Daigle, inf., B. SC.  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université de Montréal

**Objet :** *Projet 17-19P (2018-1483) : Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées et de préceptrices quant au développement de l'autonomie professionnelle des infirmières nouvellement diplômées sur les unités de soins intensifs*  
Chercheuse principale: Louise Boyer, inf., Ph. D.  
Co-directrice de recherche: Louise-Andrée Brien, inf., M. Sc.  
Étudiante: Émilie Daigle, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Évaluation par le comité d'éthique de la recherche : APPROBATION FINALE

Mesdames,

Le CÉR du  s'assure de l'évaluation et du suivi éthique du projet mentionné en rubrique. Le CÉR a évalué votre projet à sa réunion plénière du 30 août 2017. À cette fin, ont notamment été examinés les documents suivants :

- Lettre de présentation du projet, en date du 7 août 2017;
- Lettre d'appui par la directrice et chercheuse principale, en date du 21 juillet 2017;
- Lettre d'appui départemental, en date du 3 août 2017;
- Approbation scientifique du projet de mémoire par l'Université de Montréal, en date du 4 mai 2017 et les commentaires des évaluateurs;
- Protocole de recherche, en date du 7 août 2017;
- Questionnaire sociodémographique, préceptrices, version française, non datée;
- Questionnaire sociodémographique, infirmières nouvellement diplômées, version française, non datée;
- Formulaire d'évaluation de la convenance en date du 17 juillet 2017;
- Formulaire de demande d'évaluation d'un nouveau projet (F11 14522), en date du 7 août 2017;
- Formulaire d'information et de consentement, infirmières nouvellement diplômées, version française, en date du 17 juillet 2017;
- Formulaire d'information et de consentement, préceptrices, version française, en date du 17 juillet 2017;
- Affiche pour le recrutement, version française, non datée;
- Curriculum vitae d'Émilie Daigle et de Louise Boyer.

Le CÉR a pris connaissance en comité restreint des documents que vous lui avez fait parvenir le 12 octobre 2017 en réponse aux commentaires soulevés dans sa lettre du 25 septembre 2017. Il a également évalué les réponses à ses commentaires subséquents. Lors de ces échanges, ont été examinés les documents suivants:

- Lettres de réponse aux commentaires du CER, datées du 11 octobre 2017 et du 3 décembre 2017;
- DG-52 Annexe 2 – Obligations du chercheur, signé;
- DG-52 Annexe 5 – Engagement à la confidentialité de l'équipe de recherche, signé;
- Protocole de recherche;
- Affiche (invitation à participer à un projet de recherche);
- Script téléphonique et de courriel pour le recrutement des infirmières nouvellement diplômées;
- Script téléphonique et de courriel pour le recrutement des préceptrices;
- Formulaire d'information et de consentement, infirmières nouvellement diplômées, version française;
- Formulaire d'information et de consentement, préceptrices, version française;
- Curriculum vitae de Madame Catherine Pépin.

**Les versions finales des documents approuvées pas le CÉR sont les suivantes :**

- Protocole de recherche, version corrigée en date du 1<sup>er</sup> octobre 2017;
- Affiche (invitation à participer à un projet de recherche), corrigée, transmise le 8 décembre 2017;
- Script téléphonique et de courriel pour le recrutement des infirmières nouvellement diplômées, version corrigée en date du 1<sup>er</sup> décembre 2017 ;
- Script téléphonique et de courriel pour le recrutement des préceptrices, version corrigée en date du 1<sup>er</sup> décembre 2017;
- Formulaire d'information et de consentement, infirmières nouvellement diplômées, version française, corrigée en date du 8 décembre 2017;
- Formulaire d'information et de consentement, préceptrices, version française, corrigée en date du 8 décembre 2017.

C'est avec plaisir que le CÉR vous informe que la qualité des réponses et les modifications apportées aux documents ont été considérées satisfaisantes. Ainsi, la présente constitue l'approbation finale de votre projet.

Nous vous retournons, sous pli, une copie du document de sollicitation et des formulaires d'information et de consentement approuvés portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces documents devront être utilisés auprès des participants à la recherche.

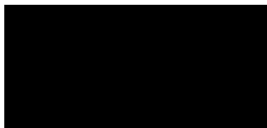
Le CÉR vous rappelle que l'approbation éthique du projet est valide pour un an seulement à compter de la date d'approbation finale, soit jusqu'au 11 décembre 2018. Avant la date anniversaire, vous devrez compléter le formulaire de suivi annuel vous demandant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet.

Cette approbation finale suppose également que vous vous engagiez :

- à respecter la présente décision;
- à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet ;
- à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout incident/accident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire d'information et de consentement.

- à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CÉR un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments distingués.



Élodie Petit, présidente  
Comité d'éthique de la recherche

p.j. : *\*Affiche (invitation à participer à un projet de recherche), corrigée en date du 8 décembre 2017.*  
*\*Formulaire d'information et de consentement, infirmières nouvellement diplômées, version française, corrigée en date du 8 décembre 2017, estampillée.*  
*\*Formulaire d'information et de consentement, préceptrices, version française, corrigée en date du 8 décembre 2017, estampillée.*

EP/msg