

Université de Montréal

**Perceptions d’infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d’un  
programme de résidence infirmière à leur compétence de développement  
professionnel**

par Lydia Tania Ziani

Faculté des sciences infirmières

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

Décembre 2020

© Lydia Ziani, 2020

Université de Montréal  
Faculté des Sciences Infirmières

*Ce mémoire intitulé*

**Perceptions d’infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d’un programme de  
résidence infirmière à leur compétence de développement professionnel**

*Présenté par*  
**Lydia Tania Ziani**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Johanne Goudreau**  
Présidente-rapporteuse

**Louise Boyer**  
Directrice de recherche

**Louise-Andrée Brien**  
Codirectrice de recherche

**Jérôme Gauvin-Lepage**  
Membre du jury

## Résumé

Une multitude d'études se sont penchées, dans les dernières décennies, sur les programmes de transition, tels que les programmes de résidence infirmière, ainsi que leurs divers effets sur l'expérience d'intégration à la pratique des infirmières nouvellement diplômées (IND). Les programmes de résidence auraient un impact positif sur le développement de leurs habiletés et compétences ainsi que sur leur intégration sociale au sein d'unité de soins. Certaines études témoignent de l'importance du développement professionnel dans le maintien et l'amélioration de la qualité des soins, mais aucune étude, à notre connaissance, ne se penche sur l'influence d'un programme de résidence infirmière (PRI) sur la compétence de l'IND à s'investir dans son développement professionnel. Cette étude a pour but d'explorer les perceptions d'IND sur le développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » à la suite de leur participation à un PRI sur une unité de soins intensifs néonataux. Pour cette recherche, le référentiel de compétences développé au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine a servi de cadre référence. Cette étude qualitative exploratoire au devis descriptif interprétatif comporte une collecte de données au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées auprès de six infirmières ayant débuté, dans leurs six premiers mois de pratique, un programme de résidence infirmière à l'unité de soins intensifs néonataux d'un centre hospitalier universitaire pédiatrique du Québec. À la suite de l'analyse thématique des données collectées, les résultats portent sur le développement professionnel au service de l'amélioration continue de la pratique infirmière, l'évolution de la vision de la pratique infirmière, l'évolution des moyens pour assurer leur développement professionnel ainsi que le programme de résidence infirmière comme levier au développement professionnel. À la lumière de ces résultats, différentes recommandations pour la pratique, la recherche ainsi que la formation sont émises.

**Mots-Clés :** Infirmière nouvellement diplômée, développement professionnel, programme de résidence infirmière, programme d'intégration, développement des compétences

## Abstract

Over the past decades, multiple studies have looked into transition to practice programs such as nurse residency programs (NRP), as well as their various effects on the entry-to-practice experience of newly graduated nurses (NGN). NRP have a positive impact on the NGN's development of skills and competencies as well as social integration within their unit. Some studies show the importance of professional development in maintaining and improving the quality of care, but no study, to our knowledge, examines the influence of a NRP on the competency of the NGN to invest in their professional development. The purpose of this study is to explore NGN's perceptions of the development of the competency "To ensure professional development and contribute to the competency development of their of colleagues" following their participation in an NRP on a neonatal intensive care unit. For this research, the competency framework developed at the Sainte-Justine University Hospital Center served as a study framework. This exploratory qualitative study with an interpretative descriptive design involves data collection by means of semi-structured individual interviews with six nurses who, in their first six months of practice, began a nursing residency program in the neonatal intensive care unit. of a pediatric university hospital center in Quebec. Following the thematic analysis of the data collected, the results relate to professional development for the continuous improvement of nursing practice, the evolution of the vision of nursing practice, the evolution of means to ensure their professional development as well as the NRP as a lever for professional development. In the light of these results, various recommendations for practice, research as well as training are issued.

**Keywords:** Newly graduated nurse, professional development, nursing residency program, transition program, competency development.

## Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures .....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	ix
CHAPITRE 1 : Problématique.....	1
Problématique .....	2
But de l'étude.....	5
Question de recherche.....	5
CHAPITRE 2 : Recension des écrits .....	6
Recherche documentaire.....	7
L'infirmière nouvellement diplômée .....	8
Définition.....	8
Encadrement structuré.....	9
Relation avec le personnel, socialisation et stabilité d'emploi.....	12
Programmes de résidence infirmière .....	15
Définition.....	15
Durée.....	16
Contenu et méthodes pédagogiques.....	17
Bénéfices pour les institutions.....	18
Bénéfices pour les infirmières nouvellement diplômées.....	19
Développement professionnel.....	21
Définition.....	21
Développement de l'expertise selon Benner.....	22
Perceptions et besoins.....	23
Soutien à la transition.....	29
Barrières.....	31
Cadre de référence .....	32
CHAPITRE 3 : Méthodologie .....	37
Posture épistémologique et devis de recherche .....	38
Contexte de l'étude et population cible .....	39
Participants à la recherche .....	41
Recrutement .....	41
Collecte de données .....	42

L'entretien individuel semi-structuré.....	42
Questionnaire de données sociodémographiques et fiche synthèse.....	44
Journal de bord.....	45
Gestion des données.....	45
Méthode d'analyse.....	46
Critères de rigueur scientifique.....	48
Transférabilité.....	48
Confirmabilité.....	48
Crédibilité.....	49
Fiabilité.....	49
Authenticité.....	50
Considérations éthiques.....	50
<b>CHAPITRE 4 : Résultats</b> .....	<b>52</b>
Description des participantes.....	53
Résultats de l'analyse des données.....	53
Le développement professionnel au service de l'amélioration continue de la pratique infirmière.....	54
L'évolution de la vision de la pratique infirmière.....	56
L'évolution des moyens pour assurer leur développement professionnel.....	58
Mise à jour des connaissances.....	58
Pratique réflexive.....	59
Partage de connaissances.....	60
Le programme de résidence infirmière, une possibilité de levier au développement professionnel.....	60
Besoin d'accompagnement.....	62
Activités et structure du programme de résidence infirmière.....	64
Interrelations des thèmes et sous-thèmes.....	65
<b>CHAPITRE 5 – Discussion</b> .....	<b>68</b>
Assurer son développement professionnel : une compétence ?.....	69
Facteurs essentiels pour un programme de résidence infirmière facilitant le développement professionnel.....	73
L'acquisition progressive des connaissances, une première étape au développement de toutes compétences.....	73
Disponibilité des ressources externes.....	76
Moyens mis en place pour l'atteinte des indicateurs.....	76
Besoins non comblés : Intentions et limites du programme de résidence infirmière.....	77
Recommandations.....	79
Recherche.....	79
Formation.....	80
Pratique.....	81
Limites et forces de l'étude.....	82
Références.....	83
Appendice A : Plan de concepts : mots-clés et descripteurs de recherche.....	90

Appendice B : Tableau descriptif de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues ».....	94
Appendice C : Exemple d'un programme de résidence en néonatalogie .....	96
Appendice D : Invitation de participation à l'étude.....	98
Appendice E : Guide d'entretien individuel semi-structuré .....	100
Appendice F : Questionnaire de données sociodémographiques.....	102
Appendice G : Formulaire de consentement.....	104
Appendice H : Lettre à lire aux participants avant la tenue de l'entretien.....	112
Appendice I : Aide-mémoire des ressources .....	114
Appendice J : Courriel envoyé aux participantes lors de la validation de leurs propos analysés	116
Appendice K : Exemple de thématisation.....	118
Appendice L : Exemple de regroupements.....	121

## Liste des tableaux

Tableau 1: Arbre thématique provisoire .....	47
Tableau 2: Thèmes et sous-thèmes finaux .....	54



## Liste des figures

Figure 1: Schématisation du cadre de référence .....	35
Figure 2: Schématisation de l'interrelation des thèmes et des sous-thèmes .....	66

## Liste des abréviations

APP	Approche par problème
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CHU	Centre hospitalier universitaire
IND	Infirmière nouvellement diplômée
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PRI	Programme de résidence infirmière
USIN	Unité des soins intensifs néonataux

## Remerciements

J'aimerais, en premier lieu, remercier ma directrice et ma co-directrice. Merci Louise d'avoir cru en mon projet avant même que nous ne nous soyons rencontrées ni que j'aie entrepris ma maîtrise. Cette confiance que tu as eue en moi, quand moi-même je n'y croyais plus, m'a permis de me rendre jusqu'au bout. Merci Louise-Andrée de m'avoir soutenue, non seulement tout au long de mon parcours académique, mais également au niveau professionnel et personnel. Ton écoute et tes conseils ont été plus qu'importants pour moi.

Je tiens également à remercier la Banque TD, la Fondation Gustav Levinschi, l'équipe FUTUR, le CHU Sainte-Justine, l'OIIQ ainsi que la Faculté des études supérieures et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien financier qui m'a permis d'atteindre mes objectifs.

À tous mes confrères et consœurs à la maîtrise, merci d'avoir été inspirants. Nos longues réflexions itératives nous auront amenées loin. Un merci particulier à Sara Alami Hassani et Billy Vinette. Vous avez été mes piliers. Je vous dois une partie de ma réussite.

Merci Marc-Antoine, parce que malgré tout, sans toi, je ne serais pas où je suis aujourd'hui. Sans toi, je ne me serais pas lancée dans cette aventure étourdissante que peut être une maîtrise. Merci pour ta patience, ton écoute et tes encouragements. Tu m'as soutenue dans mes réussites, mais également dans les moments les plus difficiles. Les trois dernières années nous auront fait grandir plus que ce qu'on ne pouvait s'imaginer.

Finalement, ma famille. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours dit qu'il n'y avait rien que je n'étais pas capable d'accomplir. La dernière année n'a pas toujours été facile, mais vous avez toujours été là, comme toujours d'ailleurs. Chacun d'entre vous est pour moi une inspiration. Les mots me manquent pour exprimer à quel point le rôle de chacun d'entre vous a été essentiel dans mon parcours.

## **CHAPITRE 1 : Problématique**

## Problématique

Dès la fin de leurs études, les infirmières<sup>1</sup> nouvellement diplômées (IND) se voient confrontées à prodiguer des soins à des patients présentant des situations de santé de plus en plus complexes (Organisation mondiale de la santé, 2008). Tant au Canada qu'ailleurs dans le monde, ce défi s'ajoute au fait que les IND vivent souvent mal leur entrée dans la profession (Laschinger et al., 2016; Parker et al., 2014; Pasila et al., 2017; Teoh et al., 2013). En effet, elles vivent difficilement cette transition vers les milieux cliniques (Adams et Gillman, 2016; Arrowsmith, 2016), car plusieurs barrières à leur intégration dans la profession sont présentes. Par exemple, le manque de personnel entraîne une charge de travail que les IND ont peine à supporter (Cleary et al., 2013; Regan et al., 2017). De surcroît, les IND elles-mêmes ainsi que les infirmières d'expérience ont des attentes irréalistes par rapport aux compétences et habiletés des IND (Phillips et al., 2017; Regan et al., 2017). De fait, les IND expriment le désir d'avoir un accompagnement leur permettant de développer leurs habiletés techniques et leurs compétences lors de leur arrivée dans les milieux cliniques, et ce, peu importe le milieu (Price et al., 2018). Or, plusieurs facteurs, tels le manque de préceptrices, les programmes d'intégration trop courts et la grande charge de travail, empêchent l'accompagnement adéquat des IND lors de leur arrivée dans les milieux cliniques. Ceci entraîne d'ailleurs bon nombre d'IND à envisager de quitter la profession (Regan et al., 2017).

À cette transition difficile s'ajoute qu'au Québec, les IND issus du baccalauréat, voire toujours candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), peuvent débiter leur carrière dans certains milieux surspécialisés, tels les soins critiques, et ce, sans expérience préalable (Éditeur officiel du Québec, 2018). En plus de devoir s'adapter à la réalité de la pratique clinique, l'adaptation de l'entrée dans une unité de soins surspécialisés engendre de l'anxiété chez les IND et ajoute un défi additionnel à la transition entre le milieu académique et le milieu clinique (Monaghan, 2015; O'kane, 2012).

---

<sup>1</sup> Afin de désigner les hommes et les femmes pratiquant la profession infirmière, le féminin est utilisé dans tout le texte afin d'alléger la lecture de celui-ci.

Par ailleurs, un programme de transition est primordial à la réussite de l'intégration de la nouvelle infirmière, notamment dans un milieu de soins critiques (Innes et Calleja, 2018). D'ailleurs, malgré leurs craintes et leur manque de confiance au début de leur pratique clinique, les IND reconnaissent qu'un programme qui comporte du soutien individualisé et qui s'étend sur une période d'au moins trois à six mois, peut les aider dans le développement de leurs habiletés et de leurs compétences (Goode et al., 2016; Pasila et al., 2017). Les infirmières préceptrices et mentores jouent donc un grand rôle dans l'accompagnement de ces IND (Innes et Calleja, 2018).

Les programmes de résidence infirmière (PRI) ont été implantés dans plusieurs hôpitaux américains depuis plus d'une décennie afin de répondre à ce besoin de soutien aux IND (Goode et al., 2016). Des résultats en lien avec les retombées associées à ces programmes ont été publiés et soulignent, entre autres, une meilleure rétention du personnel (Cochran, 2017; Goode et al., 2016; Lin et al., 2014), une plus grande satisfaction des nouvelles orientées (Goode et al., 2016; Lin et al., 2014) et l'amélioration des capacités de priorisation, d'organisation, d'évaluation, de communication et de travail d'équipe (Al-Dossary et al., 2014).

Toutefois, bien que l'on sache que ce type de programme permet d'accompagner la nouvelle infirmière dans le développement de ses compétences et habiletés durant cette période de transition (Adams et Gillman, 2016; Cochran, 2017; Goode et al., 2016), peu d'études traitent de l'influence de ce genre de programme sur la compétence de l'infirmière à assurer, par la suite, son développement professionnel de façon autonome (Price et Reichert, 2017). Pourtant, selon l'article 18 du code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), il est de la responsabilité de l'infirmière d'assurer « la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles » (2015, p. 3). Selon l'étude de Price et al. (2018), la nouvelle génération d'IND s'intéresse à son développement professionnel et son développement de carrière. Que les infirmières soient expérimentées ou non, la culture organisationnelle ainsi que le soutien offert par les gestionnaires ont un impact considérable dans l'engagement de l'infirmière, notamment les IND, envers son développement professionnel (Davis et al., 2016; Govranos et Newton, 2014). Ce désir n'est, par contre, pas toujours pris en compte par les gestionnaires des institutions de santé (Davis et al., 2016; Govranos et Newton, 2014; Wilkinson et Hayward, 2017). Le manque d'opportunité et de soutien dans leur développement professionnel mène, selon les IND, à un

désintérêt de l'infirmière pour son développement global (Cleary et al., 2013). Ce désintérêt pourrait mener à une automatisation du travail de l'infirmière, allant même jusqu'à la détérioration de leurs habiletés liées à leur pratique clinique. Ceci pourrait, selon Cleary et al. (2013), mener à une diminution de la qualité des soins. Il est donc primordial que l'IND puisse, dès le début de sa pratique, développer sa compétence à assurer son développement professionnel.

La poursuite de son développement professionnel par la formation continue nécessite également un important engagement personnel de la part de l'infirmière (Pepin et al., 2017). Pepin et al. (2017) mentionnent que les infirmières en exercice devraient, si elles s'investissent, être à même de prendre en charge ce développement continu par divers moyens. Par contre, les IND ont besoin d'accompagnement afin de continuer à s'investir dans leur développement (Giallonardo et al., 2010).

Au Canada, les programmes d'intégration des IND ne prennent pas en compte le développement de la compétence de celles-ci à assurer leur développement professionnel (Price et Reichert, 2017). Toutefois, la capacité du milieu à donner des opportunités de développement professionnel joue un rôle dans le choix que fera l'IND lors de sa recherche d'emploi (Price et Reichert, 2017; Wilkinson et Hayward, 2017). Les IND voient leur entrée dans la profession comme un choix pouvant avoir une influence sur l'entièreté de leur carrière et elles accordent une grande importance à leur plan de carrière (Price et Reichert, 2017).

Assurer son développement professionnel sera considéré, dans cette étude, comme une compétence à part entière soit, « 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 » (Tardif, 2006, p. 22), qui se développe tout au long d'une carrière. Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine reconnaît la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » dans un référentiel de compétences qui accompagne l'outil de développement professionnel infirmier de l'établissement (CHU Sainte-Justine, 2014). Ce référentiel de compétences sera utilisé comme cadre de référence dans le présent projet de recherche.

Bien que les études soulignent l'efficacité des PRI sur le développement des compétences qui permettent à l'IND de prodiguer des soins de qualité (Goode et al., 2016), aucune étude n'a, à notre connaissance, exploré la compétence de l'IND à assurer son développement professionnel (Price et Reichert, 2017). C'est dans cette perspective que ce projet de recherche vise à explorer les perceptions d'IND par rapport à l'influence d'un PRI sur le développement de leur compétence à assurer leur développement professionnel. Comme le mentionne Price et Reichert (2017), une réflexion à cet égard est nécessaire à l'amélioration efficiente des programmes d'orientation et d'intégration des IND au Canada.

### **But de l'étude**

Explorer les perceptions d'IND sur le développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » suite à leur participation à un PRI sur une unité de soins intensifs néonataux (USIN).

### **Question de recherche**

- Quelles sont les perceptions d'IND quant à la contribution d'un PRI sur une USIN au processus de développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » ?



## **CHAPITRE 2 : Recension des écrits**

Le présent chapitre présente une recension des écrits scientifiques traitants de trois thèmes entourant l'expérience des IND. Une description de la recherche documentaire ayant permis de mettre en lumière ces trois thèmes d'importance est présentée. Chacun des thèmes, soit l'expérience de l'IND, les PRI et le développement professionnel chez les IND, est par la suite détaillé. Finalement, une description du cadre de référence conclut ce chapitre.

### **Recherche documentaire**

Afin de faire un état des connaissances sur l'expérience des IND relativement à la contribution des PRI au développement professionnel, une recherche documentaire a été conduite dans trois bases de données (CINHAL, PubMed et Scopus). Une recherche par mots clés et par descripteurs a été faite dans chacune de celles-ci. Les mots clés et descripteurs ainsi que les équations de recherche sont présentés à l'appendice A. Au total, 538 articles (après retrait des doublons) ont été identifiés. Une lecture des titres a permis de sélectionner 227 articles. Ensuite, une lecture des résumés a permis la sélection de 43 articles. D'autres articles ont été repérés dans les listes de références lors de la consultation des articles sur des bases de données. Une lecture complète des articles a permis de faire une sélection finale de 33 articles qui composent le corpus d'écrits scientifiques pour cette recherche. Il comporte des études quantitatives et qualitatives, des articles d'opinion, des lignes directrices et des textes de loi. Les articles scientifiques présentant les critères suivants ont été exclus :

- Articles traitant exclusivement de programmes de préceptorat/mentorat ;
- Articles traitant exclusivement d'infirmières d'expérience ;
- Articles traitant d'infirmières aux cycles supérieurs ou en cours de formation initiale ;
- Articles ne traitant pas de l'expérience des IND;
- Articles traitant d'autres compétences excluant le développement professionnel.

## **L'infirmière nouvellement diplômée**

Débutant par une définition de l'IND, cette section aborde différents thèmes entourant l'expérience d'entrée à la profession de celle-ci. Le thème de l'encadrement structuré lors de la transition vers les milieux cliniques ainsi que celui de la relation avec le personnel, de la socialisation et de la stabilité d'emploi sont abordés.

### **Définition.**

Bien qu'il soit entendu que l'IND soit une infirmière qui ait récemment obtenu un diplôme qui lui donne accès à la profession infirmière, la temporalité entourant ce concept diffère selon les écrits scientifiques consultés. À même la revue systématique conduite par Pasila, Elo et Kääriäinen (2017) sur l'expérience des IND lors de leur participation à différents types d'activités d'intégration, on retrouve des études qui considèrent l'IND comme une infirmière ayant de six mois à trois ans d'expérience. Cependant, bien que certaines études de cette revue systématique considèrent les IND comme étant des infirmières avec plus de 18 mois, voire trois ans d'expérience, la justification de la définition de cette période où l'infirmière est considérée comme IND était en lien avec la durée des programmes d'intégration étudiés. Effectivement, la plupart des études semblent considérer que, bien qu'il n'y ait pas d'uniformité dans la durée des programmes d'intégration, une infirmière débutant dans la profession reste IND tant qu'elle n'a pas terminé le programme d'intégration offert par son milieu de soins (Pasila et al., 2017). Une deuxième revue systématique des écrits, qui cible les PRI, s'est concentrée sur les infirmières ayant moins d'un an d'expérience (Cochran, 2017). Cochran (2017) justifie, pour sa part, ce choix de la première année d'entrée à la profession pour définir la temporalité du concept de l'IND par l'existence d'un haut taux d'attrition chez les IND durant cette période.

Le référentiel de compétences du CHU Sainte-Justine ne définit pas l'IND. On peut cependant constater que l'infirmière dite débutante a en général en deçà de six mois d'expérience (Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2014). Pour sa part, l'OIIQ offre une définition de l'infirmière dite CEPI, soit une personne qui, au terme de ses études « est titulaire d'un diplôme donnant ouverture au permis » (Éditeur officiel du Québec, 2018, p. 2). Dans l'étude présentée dans ce mémoire, l'IND sera considérée comme étant une infirmière qui, après l'obtention de son

diplôme d'études d'un programme d'entrée à la profession infirmière, a moins de six mois d'expérience clinique.

### **Encadrement structuré.**

Nonobstant la durée pour laquelle l'IND est considérée comme étant en période de transition de son rôle d'étudiante vers son rôle de professionnelle, les IND semblent avoir un besoin marqué de soutien et d'encadrement durant cette période. N'ayant pas toujours des attentes réalistes par rapport à leur nouveau rôle d'infirmière (Regan et al., 2017), les IND expriment le besoin d'avoir un encadrement qui leur fournit des points de repère et du soutien accessible.

Peu importe le type de stratégie et de programme d'intégration utilisés par les hôpitaux, les résultats de la revue systématique de Edwards et al. (2015) indiquent qu'un encadrement structuré est nécessaire à la transition que vivent les IND lors de leur arrivée dans les milieux cliniques. Trente études, dont la majorité (n=24) ont été conduites aux États-Unis, constituent cette revue systématique. Bien qu'aucune étude n'ait été conduite au Canada, les résultats s'appuient sur des études primaires conduites presque exclusivement dans des pays occidentaux (une seule étude menée en Thaïlande). Considérant les similarités dans les soins de santé offerts, dans le rôle de l'infirmière ainsi qu'à la réalité socioculturelle des différents pays inclus dans la revue systématique, les résultats de celle-ci peuvent être transférables au contexte de soins de santé au Canada. Edwards et al. (2015) suggèrent l'importance d'encadrer de façon formelle les IND lors de leur arrivée dans les milieux cliniques. On y retrouve quatre types de programmes d'intégration, soit les programmes de résidence/internats, les programmes d'orientation post-graduation, le mentorat/préceptorat et finalement, les programmes de simulations. Les auteurs de cette revue systématique nous mettent en garde sur la probité de certains résultats, puisque, selon eux, plusieurs études avaient une méthodologie peu rigoureuse. Ils indiquent cependant pouvoir suggérer que l'encadrement structuré des IND amène effectivement une diminution du stress et de l'anxiété, une diminution des taux de roulement du personnel sur les unités de soins ainsi qu'une augmentation du taux de rétention du personnel et de la satisfaction de celui-ci par rapport à son emploi (Edwards et al., 2015). Malgré les résultats peu concluants sur certains aspects de l'intégration des IND dans les milieux cliniques, tels que la confiance en soi et le niveau de

connaissances, Edwards et al. (2015) suggèrent tout de même qu'un accompagnement structuré est bénéfique, voire même nécessaire. Ces résultats ne sont cependant basés que sur des études quantitatives. Ils nous donnent un portrait global du besoin d'encadrement structuré chez les IND, sans toutefois investiguer en profondeur l'expérience de l'IND par rapport à ce besoin.

La revue systématique menée par Adams et Gillman (2016), qui regroupe 50 études primaires, arrive à la même conclusion qu'Edwards et al. (2015), soit l'existence d'un besoin marqué d'encadrement structuré chez les IND. Le soutien formel et la relation avec une personne-ressource attitrée, qu'elle soit nommée précepteur, mentor ou éducateur, et ce, peu importe le type de programme d'intégration, sont des éléments importants qui permettent de faciliter l'expérience de transition des IND (Adams et Gillman, 2016).

Spiva et al. (2013) ont mené une étude qualitative dans un centre hospitalier du sud-est des États-Unis auprès de 21 IND ayant moins d'un an d'expérience. Le but de l'étude était de mieux comprendre ce que vivent les IND durant leur orientation dans les milieux cliniques. Les résultats de cette étude suggèrent que l'encadrement par un précepteur et, éventuellement un mentor, était facilitant, voire même nécessaire à l'intégration des IND dans les milieux de soins aigus. Cette étude suggère également que l'accompagnement, tant des précepteurs que des responsables des programmes de formation, était un aspect d'importance pour les IND. Spiva et al. (2013) indiquent que cet encadrement structuré est particulièrement utile lorsque jumelé avec une pratique clinique. De fait, les opportunités d'apprentissage ayant le plus de valeur auprès des IND sont celles où elles peuvent s'exercer et apprendre de leurs expériences, que ce soit auprès du patient ou bien, par le biais de différentes activités, comme la simulation (Spiva et al., 2013).

Bien que cette étude ait été menée aux États-Unis, la proximité de la culture américaine à la culture canadienne ainsi que la similarité entre le rôle de l'infirmière entre les deux pays justifient la transférabilité des résultats de cette étude sur l'expérience d'intégration des IND au Québec. De plus, les auteurs ont inclus des IND de toutes les unités de soins, nonobstant la nature de leur programme d'orientation. Les résultats reflètent donc les perceptions d'infirmières ayant eu des contextes d'intégration variés. Malgré que les infirmières ayant participé à l'étude

proviennent d'un seul centre hospitalier, la diversité des expériences vécues par celles-ci augmente la crédibilité des résultats qui se veulent une analyse de l'expérience commune des IND.

Une étude canadienne sur l'expérience d'intégration des IND menée auprès de 42 IND et 28 infirmières d'expérience provenant de sept différentes provinces indique également que le besoin le plus criant des IND concerne le besoin d'accompagnement et de soutien clinique (Regan et al., 2017). Cette étude qualitative met en lumière la nécessité d'avoir un soutien formel offert par les milieux cliniques. Cet accompagnement à la transition aide à la compréhension de la culture organisationnelle, en plus de contribuer à la création d'un lieu de pratique sécuritaire (Regan et al., 2017). Les IND ayant la possibilité d'établir une relation de confiance avec une infirmière d'expérience, que ce soit par le préceptorat ou bien le mentorat, ont senti qu'elles pouvaient exercer leur rôle de façon sécuritaire. À l'inverse, les IND n'ayant pas ou peu eu accès à ce genre de soutien se sont senties fragilisées dans leur développement, puisqu'elles ne recevaient pas autant de rétroaction leur permettant de progresser, voire même de consolider leur pratique (Regan et al., 2017).

Finalement, la revue intégrative menée par Rush et al. (2013) examine l'effet des programmes de transition en milieu hospitalier chez les infirmières ayant moins de douze mois de pratique. Cette revue intégrative, qui a pour but de mettre en lumière les meilleures pratiques en ce qui a trait aux programmes formels de transition chez les IND, comporte l'analyse de 47 articles traitant de programmes de transitions (préceptorat prolongé [n=11], résidence [n=13], mentorat [n=7], internat [n=2], programme sans modèle spécifique [n=14]). Les résultats de cette revue intégrative suggèrent que les programmes de transition structurés avaient comme point commun d'offrir une personne ressource pour les IND. Certaines études analysées par Rush et al. (2013), dans le cadre de cette revue intégrative, indiquent que les IND participants à un PRI conféraient une grande importance aux liens créés avec les autres résidents. Les IND profitaient des journées de formation leur étant dédiées afin de socialiser et de discuter de leur expérience d'intégration dans les milieux cliniques. Selon les IND, ce soutien moral provenant des pairs permet de s'adapter au stress et aux situations difficiles (Rush et al., 2013).

Une revue des écrits scientifiques plus récente (Rush et al., 2019) soutient également la nécessité d'avoir, au-delà d'un programme de transition structuré, une personne ressource attirée aux programmes de transition ainsi que des opportunités de soutien par les pairs. Cette revue comporte l'analyse de 76 articles parus entre 2000 et 2018, traitant de programmes de transition (préceptorat prolongé [n =12], résidence [n=22], mentorat [n=5], internat [n=3], orientation [n=13], programme sans modèle spécifique [n=21]). Elle suggère l'importance d'avoir un environnement de travail et une culture organisationnelle perçus comme étant accueillants pour les IND.

### **Relation avec le personnel, socialisation et stabilité d'emploi.**

Avoir une personne-ressource et une intégration structurée sont effectivement aidants à l'intégration des IND. Cependant, plusieurs facteurs viennent diminuer l'efficacité de ce soutien. La qualité du préceptorat est un enjeu de taille dans l'intégration des IND. L'étude menée auprès de huit infirmières par Maresca et al. (2015), dans le cadre de l'évaluation d'un programme d'orientation d'un hôpital communautaire de Floride (États-Unis), met l'accent sur l'importance du niveau d'engagement des préceptrices. Spiva et al. (2013), et Regan et al. (2017), ajoutent que l'aspect relationnel du préceptorat joue un rôle important dans l'intégration de l'IND, puisque celui-ci influencera les apprentissages de l'IND. La communication et la rétroaction constructive sont essentielles à une relation efficace et saine de préceptorat (Regan et al., 2017; Spiva et al., 2013). Rush et al. (2019) vont même jusqu'à suggérer un encadrement des précepteurs, puisque leur relation avec les IND peut être déterminante dans l'intégration de celles-ci. Il en va d'ailleurs de même avec la socialisation des IND. Lors de leur entrée dans les milieux, l'attitude des équipes de travail a une grande influence sur le développement des IND (Regan et al., 2017; Rush et al., 2019; Spiva et al., 2013). C'est d'ailleurs ce que soutiennent les résultats de l'étude qualitative herméneutique menée par Ankers et al. (2018) auprès de quatre infirmières d'un hôpital métropolitain du sud de l'Australie. Les résultats de l'étude indiquent que les IND ont senti une déconnexion entre les apprentissages faits durant leur parcours académique et leur nouveau rôle dans les milieux cliniques. Cette nouvelle réalité était également associée à une augmentation de leurs responsabilités et un sentiment de ne pas être à la hauteur. Ayant l'impression de n'avoir le temps que d'accomplir une liste de tâches, elles évoquaient ne pas avoir de temps à consacrer pour

l'approfondissement de leurs connaissances et de leur compréhension des situations cliniques. Ce manque de temps et l'ajustement auquel elles font face amènent du stress et de l'anxiété qui finissent par avoir un impact sur l'accomplissement sécuritaire de leurs activités, incluant les soins aux patients. Cependant, les IND interrogées dans cette étude soulignent l'identification d'alliées (collègues en qui elles ont confiance), le sentiment d'appartenance à une équipe ainsi que la présence de modèles de rôle comme des éléments permettant de diminuer le stress et l'anxiété causés par le contexte d'adaptation vécu par les IND (Ankers et al., 2018). Finalement, selon la même étude, un programme de transition formel permet d'avoir un encadrement par des personnes ressources représentant une certaine neutralité et confidentialité.

La revue des écrits scientifiques menée par Dwyer et Revell (2016) décrit trois niveaux d'influence de l'expérience de transition de l'IND ; intrapersonnel, interpersonnel et organisationnel. L'analyse des 42 articles inclus dans cette revue des écrits scientifiques indique que bien que les caractéristiques intrinsèques de l'IND, telles que la confiance en soi, la résilience et l'optimisme, influencent sa transition vers les milieux de pratique, plusieurs facteurs externes demeurent très importants (Dwyer et Revell, 2016). Le soutien social offert dans le milieu paraît comme un facteur interpersonnel important, selon Dwyer et Revell (2016). Certains milieux offrent peu de soutien à l'intégration sociale des IND, tandis que d'autres milieux sont perçus comme étant accueillants (Adams et Gillman, 2016; Dwyer et Revell, 2016; Regan et al., 2017; Spiva et al., 2013). Cet aspect suggère l'importance et l'étendue de l'effet du soutien par les pairs, en plus d'avoir un accompagnement structuré. Plusieurs études (Dwyer et Revell, 2016; Maresca et al., 2015; Murray et al., 2019; Regan et al., 2017; Rush et al., 2013) évoquent la présence de violence horizontale et la culture d'intimidation qui freinent le développement et l'intégration des IND. À cet effet, en plus de diminuer les taux de rétention sur les unités de soins (Adams et Gillman, 2016), une telle culture a un impact négatif sur la santé mentale de l'IND (Dwyer et Revell, 2016). La violence horizontale regroupe différents actes de violence psychologique, d'intimidation et d'incivilité entre collègues ayant une même position hiérarchique. Ces actes, parfois normalisés par les IND, peuvent prendre la forme de comportements, comme des attaques verbales, du sabotage (comme la retenue d'informations nécessaires à la prise en charge optimale d'un patient) et même, de l'abus physique. Cette violence horizontale est une réalité que vivent certaines IND (Leos-Sheridan, 2008; Taylor et Taylor, 2018). Les IND vivant de la violence



horizontale dans les milieux cliniques indiquent avoir moins tendance à demander de l'aide, même si elles savent en avoir besoin. La peur de se faire juger ou humilier par leurs pairs peut donc les entraîner à, intentionnellement, ne pas utiliser les ressources nécessaires au développement de leur pratique et ainsi, diminuer la qualité des soins (Murray et al., 2019; Regan et al., 2017).

Ensuite, tant les normes sociales que les pratiques spécifiques à chaque milieu sont, pour les IND, des éléments qui prennent du temps à comprendre et à intégrer (Adams et Gillman, 2016). Ainsi, la stabilité d'emploi est un facteur d'importance dans la transition des IND vers la pratique clinique (Adams et Gillman, 2016; Regan et al., 2017; Spiva et al., 2013). Les changements fréquents d'unité de soins ou même, de quart de travail, entraînent l'apprentissage de nouvelles normes sociales propres à chaque nouvelle équipe. Ces changements, souvent vécus par les IND, déstabilisent celles-ci, fragilisant ainsi leur processus d'intégration dans la profession (Adams et Gillman, 2016).

Au niveau organisationnel, on retrouve plusieurs aspects qui influencent l'expérience de transition des IND. La charge de travail avec laquelle les IND doivent composer entraîne un stress chez cette population (Dwyer et Revell, 2016; Murray et al., 2019; Regan et al., 2017). Cette réalité entraîne une perception négative de leurs compétences et habiletés (Dwyer et Revell, 2016). De plus, cette charge de travail, perçue comme étant trop grande, tant par les IND que par les infirmières d'expérience, s'ajoute à la complexité grandissante des patients que les IND doivent prendre en charge (Regan et al., 2017). Elles perçoivent alors leur niveau de compétence comme non sécuritaire pour le contexte de soins. Cette perception s'accompagne d'un désir d'avoir plus d'encadrement, et ce, de façon prolongée, dans un programme de transition structuré autour de leurs besoins lors de leur arrivée dans les milieux cliniques (Dwyer et Revell, 2016; Murray et al., 2019).

À cet effet, la revue des écrits scientifiques menée par Murray et al. (2019) apporte un nouvel éclairage sur le sentiment qu'ont les IND par rapport à leur préparation à intégrer les milieux cliniques. Les auteurs ont analysé 32 articles portant sur les programmes de transition ayant pour but de faciliter l'intégration des IND dans leur nouveau rôle. Les résultats indiquent que bien que les IND se sentent plus prêtes que ce que leurs collègues plus expérimentés ne le

pensent, un sentiment d'anxiété et une remise en question de leur capacité sont présents lorsqu'elles sont mal accompagnées. Toujours selon Murray et al. (2019), les IND ayant eu un emploi étudiant dans le même milieu où elles débutent leur pratique sont sujettes à susciter des attentes plus grandes de leur gestionnaire et de leur équipe. Les attentes élevées, accompagnées d'un manque d'encadrement et de soutien formel lors de la transition du milieu académique au milieu clinique, peuvent entraîner une détresse psychologique chez les IND allant jusqu'à l'épuisement professionnel et la démission.

### **Programmes de résidence infirmière**

Cette section présente une brève définition des PRI ainsi que la définition utilisée pour la présente recherche. Des informations quant à la durée, aux méthodes pédagogiques et au contenu des PRI relatés dans les écrits scientifiques, sont explicitées. Finalement, les bénéfices d'un PRI pour les institutions ainsi que pour les IND sont abordés.

#### **Définition.**

Bien que les PRI existent depuis plus d'une décennie, aucune définition officielle n'existe pour ce genre de programme (Al-Dossary et al., 2014; Warren et al., 2018). La revue systématique de Van Camp et Chappy (2017, p. 129-130) le définit comme étant « un programme post-certification structuré qui est adopté par les organisations de santé et qui incorpore l'éducation didactique, le soutien clinique par une infirmière préceptrice ainsi que du mentorat visant à diminuer l'écart entre le milieu académique et le milieu de pratique et ayant comme but de diminuer les taux d'attrition et d'augmenter la sécurité et la qualité des soins aux patients » [traduction libre, p. 129-130]. Le *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) propose même une accréditation officielle pour ce genre de programme de transition (Warren et al., 2018). Bien que les PRI aient connu une grande expansion, particulièrement aux États-Unis, un manque d'uniformité dans plusieurs aspects de ceux-ci existe toujours, et ce, malgré les programmes d'accréditation (Al-Dossary et al., 2014; Goode et al., 2016; Letourneau et Fater, 2015; Warren et al., 2018). La présente étude considère un PRI comme étant un programme de formation offert aux infirmières dans le but de faciliter leur arrivée dans un milieu clinique ou une unité de soins précise.

Le PRI offre un soutien et un encadrement d'une durée d'au moins six mois par le biais d'activités variées pouvant inclure la simulation clinique haute-fidélité, l'étude de cas et l'apprentissage par cas clinique. La période de préceptorat n'est donc pas incluse dans le PRI, et le contenu didactique couvert par les activités de formations offertes dans un PRI peut varier selon la nature du milieu d'accueil.

### **Durée.**

En 2015, Letourneau et Fater (2015) ont mené une revue systématique des écrits scientifiques dans le but de mieux comprendre la nature des programmes de résidence. Les auteurs de cette revue systématique désiraient mieux comprendre ce qui favorise l'intégration des IND dans les milieux cliniques. Au total, 25 articles, dont 15 études primaires et 10 articles décrivant l'implantation de PRI, ont été analysés. Il est possible de constater qu'une grande variabilité existe quant à la durée des PRI. La durée des PRI présentés dans cette étude variait entre 3 et 24 mois.

Pour leur part, Anderson et al. (2012) précisent que, bien que l'on retrouve des durées très variables au sein des 20 études primaires incluses dans leur revue systématique, il semble y avoir deux types de programmes en termes de durée. Les auteurs indiquent que le premier type de programme durerait de trois à quatre mois et que le deuxième, durerait de 12 à 24 mois. Les auteurs indiquent certains critères qui distinguent les deux types de PRI, sans toutefois les détailler. Par exemple, la différence marquée au niveau « de l'assignation d'un précepteur unique, du nombre, type et qualité des activités d'enseignement, des opportunités d'expérience de simulation et d'apprentissage dans des contextes variés ainsi que l'affiliation ou non avec une université, rendant le programme éligible ou non à une accréditation » (Anderson et al., 2012, p. 205). Selon l'article décrivant l'implantation d'un modèle standardisé de PRI (Warren et al., 2018), une durée d'au moins douze mois est à préconiser. Cependant, les auteurs de ce même article admettent que les modèles standardisés, pour lesquels une accréditation est présentement offerte aux États-Unis, laissent tout de même place à l'implantation de PRI dont la durée peut varier de six à douze mois, dépendamment du milieu et de l'institution de santé. Les dernières lignes directrices proposées par Goode et al. (2018), afin de baliser la mise en place des PRI, sont, pour leur part, en accord avec cette durée variable de six à douze mois.

L'inclusion de la période dite d'orientation est également débattue. Rush et al. (2013) indiquent qu'une distinction claire devrait être faite entre ces deux périodes, puisque l'orientation sert à s'assurer que l'IND a les acquis requis pour sa pratique infirmière spécifique au milieu, tandis qu'un programme de transition, tel un PRI, a plutôt pour but d'aider l'infirmière dans sa transition entre le milieu académique et le milieu clinique. Contrairement à Van Camp et Chappy (2017), ainsi qu'aux lignes directrices du ANCC (Warren et Good, 2016), la *Commission on Collegiate Nursing Education* exclut la période d'orientation des PRI en précisant que les PRI sont des compléments à l'orientation (Warren et al., 2018).

### **Contenu et méthodes pédagogiques.**

Très peu d'études font une description détaillée du contenu et des méthodes pédagogiques utilisées dans les PRI. Anderson et al. (2012) y recensent tout de même l'utilisation d'une multitude de méthodes pédagogiques. D'un programme à l'autre, on retrouve, entre autres, l'utilisation de communauté de pratique, de simulation, de portfolio, d'analyse interprofessionnelle de cas complexes et de discussion de groupe intraprofessionnel. Certaines de ces méthodes auraient parfois pour but d'augmenter la cohésion de groupe entre les résidents, mais également au sein de l'unité et entre les professionnels de la santé. Anderson et al. (2012) indiquent que l'on retrouve également l'utilisation du préceptorat. Pourtant, certains auteurs ne considèrent pas le préceptorat/mentorat (orientation clinique faite par le jumelage d'une infirmière expérimentée et d'une infirmière débutante) comme un PRI en soi (Rush et al., 2013; Warren et al., 2018). Rush et al. (2013) indiquent d'ailleurs qu'une attention particulière devrait être portée sur la description des méthodes pédagogiques afin de pouvoir comparer adéquatement les programmes existants.

Le contenu et les sujets abordés durant les PRI varient également grandement d'un PRI à l'autre (Letourneau et Fater, 2015). Anderson et al. (2012) indiquent toutefois que les thèmes généraux visités par les PRI incluaient, entre autres, et sans s'y restreindre, « le leadership, la collaboration, la communication, la pratique basée sur des données probantes, la sécurité des patients, la pensée critique, la délégation, la gestion du temps et le développement professionnel » [traduction libre, p. 206]. Aucune description de ces concepts n'est par contre fournie par les auteurs. Sans se prononcer sur le contenu que devrait avoir les PRI, la revue systématique menée

par Cochran (2017) précise que le contenu doit être choisi en fonction des besoins et des intérêts des IND.

En somme, malgré l'existence d'une accréditation des PRI dans certains états américains, les méthodes pédagogiques et le contenu de ceux-ci restent encore très variables, puisqu'une grande latitude est donnée aux établissements de santé (Al-Dossary et al., 2014; Goode et al., 2016; Warren et al., 2018). Cette inconsistance quant à la définition des PRI, à l'utilisation des méthodes pédagogiques et à la durée des PRI, semble être une manifestation d'un manque de lignes directrices et de politiques d'implantation des PRI. Bien que Goode et al. (2016) proposent des lignes directrices, les institutions de santé n'ont aucune réglementation à suivre dans la création et dans l'implantation de PRI. Dans les revues d'écrits scientifiques sur les PRI, l'absence de description détaillée de ces programmes limite la solidité des résultats relatifs aux retombées des PRI sur l'intégration des IND (Al-Dossary et al., 2014; Anderson et al., 2012; Rush et al., 2013; Warren et al., 2018). Pour leur part, Goode et al. (2018) appellent à une implication gouvernementale, allant jusqu'au niveau fédéral, afin d'encourager l'implantation de PRI accrédités et élaborés à partir de résultats probants en collaboration avec les institutions académiques.

### **Bénéfices pour les institutions.**

Il est difficile de passer sous silence les retombées que peuvent avoir les PRI pour les organisations de santé. Tout d'abord, plusieurs études indiquent que l'implantation d'un PRI aurait pour effet d'augmenter les taux de rétention chez les IND (Al-Dossary et al., 2014; Cochran, 2017; Rush et al., 2013; Warren et al., 2018). Cette augmentation des taux de rétention a également pour effet de diminuer les coûts de fonctionnement des organisations de santé (Cochran, 2017; Rush et al., 2013; Warren et al., 2018). Malgré que les PRI semblent avoir fait leurs preuves en termes de rentabilité, le coût d'implantation reste le plus grand obstacle à leur mise en place (Warren et al., 2018)

## **Bénéfices pour les infirmières nouvellement diplômées.**

En 2015, une étude à devis mixte a été menée auprès de 114 IND issues d'un baccalauréat en sciences infirmières (Kim et al., 2015). Ces 114 IND ont participé à un PRI d'une durée de 12 à 15 semaines, offert par une université publique de la Californie (États-Unis). En collaboration avec plusieurs centres hospitaliers de la région, ces IND ont complété, à chaque semaine, deux heures de séminaire, et 24 heures de pratique clinique dans différents milieux hospitaliers et communautaires, où elles étaient accompagnées d'une préceptrice. Lors des séminaires, les IND ont pu aborder plusieurs sujets, dont l'organisation, la pratique basée sur des résultats probants, les soins de plaies et la communication. Elles ont répondu à trois questionnaires, avant et après avoir complété le programme. Les trois questionnaires sont : une version modifiée du *Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) Competency Questionnaire*, le *Preceptorship Experience Questionnaire* et le *Graduate Nurse Survey*. Le *QSEN Competency Questionnaire* est un questionnaire d'autoévaluation touchant sept sujets, notamment les soins centrés sur le patient, la sécurité, la pratique basée sur les résultats probants, le travail d'équipe, le professionnalisme, l'amélioration de la qualité des soins et l'informatique. Les participants devaient s'attribuer une note de 1 à 3 sur l'acquisition de l'habileté énoncée (1= débutée, 2= en progression 3= accomplie). Le deuxième questionnaire comportait pour sa part 12 questions sur leurs perceptions du programme et 43 questions sur leurs perceptions de leurs compétences d'évaluation, de planification, d'intervention et de développement professionnel. Le troisième questionnaire comportait 23 questions sur leur niveau de confiance. Des test-t de Student ont été effectués afin de comparer les résultats pré et post participation au programme. Pour le *QSEN Competency Questionnaire*, une augmentation significative a été notée dans toutes les catégories (augmentation moyenne de 0.62,  $p < 0.001$  pour tous les items). Pour le *Preceptorship Questionnaire*, une augmentation variant entre 0.53 et 0.83 (toutes les valeurs de  $p < 0.05$ ) a été observée. Pour le dernier questionnaire, le *Graduate Nurse Survey*, une augmentation moyenne de 0.29 ( $p = 0.004$ ) a été observée. Les résultats de cette étude indiquent que les participants étaient non seulement plus confiants dans leur rôle professionnel après avoir participé au PRI, mais considéraient aussi avoir de meilleures habiletés de communication, de travail d'équipe, de pensée critique et de résolution de problème. Les commentaires laissés au niveau de la question ouverte à la fin du questionnaire indiquent également une appréciation générale du programme. Bien que fort

intéressants, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Les différents questionnaires demandent aux participants d'autoévaluer leurs compétences et habiletés. Cependant, les auteurs ne donnent aucune définition du concept de compétence et ne le distinguent pas du concept d'habileté. Également, le *QSEN Competency Questionnaire* est une version modifiée d'un questionnaire qui est non publié. De surcroît, ledit questionnaire n'est pas mis en annexe. Il est donc impossible pour le lecteur de savoir quelle était la nature des questions posées dans les différentes catégories.

Tout comme Kim et al. (2015), certains auteurs suggèrent qu'en plus d'augmenter la satisfaction au travail (Al-Dossary et al., 2014; Anderson et al., 2012; Letourneau et Fater, 2015) et l'autonomie professionnelle (Al-Dossary et al., 2014; Anderson et al., 2012), les PRI permettent l'amélioration de plusieurs habiletés cliniques et de compétences, telles le sens de la priorisation (Anderson et al., 2012; Letourneau et Fater, 2015), le jugement clinique, et le leadership (Al-Dossary et al., 2014; Anderson et al., 2012; Letourneau et Fater, 2015). Anderson et al. (2012) font une mise en garde quant aux résultats présentés, puisque les outils d'évaluation de ces différentes habiletés diffèrent d'une étude à l'autre. De plus, Anderson et al. (2012) indiquent que les outils d'évaluation des compétences de pensée critique, de communication, de collaboration et d'application des connaissances sont rares ou plus ou moins adaptés à l'évaluation des IND.

L'étude à devis mixte menée auprès de 79 IND d'un hôpital de soins tertiaires d'Australie permet de préciser la perception des IND par rapport au PRI. Au-delà de l'influence sur les compétences et habiletés, les IND valorisent le soutien par les pairs que leur offrent les PRI (Henderson et al., 2015). Le soutien de leurs collègues est un élément important dans la socialisation des IND. Or, les PRI permettent aux IND d'avoir un environnement de pratique sécuritaire en plus de leur donner l'opportunité de partager leurs expériences (Anderson et al., 2012; Henderson et al., 2015). Bien qu'elles aient besoin d'un soutien clinique et de modèles de rôle leur permettant de s'intégrer à leurs équipes, le soutien des pairs leur permet également de briser un potentiel isolement (Henderson et al., 2015).

## **Développement professionnel**

En premier lieu, une définition du développement professionnel chez les IND sera présentée. En deuxième lieu, le développement de l'expertise, selon Benner (1984), sera expliqué, car cet ouvrage est une référence qui, encore aujourd'hui, fait consensus auprès de nombreux chercheurs en sciences infirmières. En dernier lieu, les thèmes prédominants dans les écrits scientifiques traitant du développement professionnel chez les IND, soit les perceptions et les besoins, le soutien à la transition ainsi que les barrières au développement professionnel, seront discutés.

### **Définition.**

L'OIIQ définit la formation continue comme « un processus permanent, actif et soutenu dans lequel l'infirmière s'engage tout au long de sa vie professionnelle à acquérir, au moyen d'activités d'apprentissage, de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences et d'offrir à la population des soins et services de qualité » (OIIQ, 2011b, p. 8). Au Québec, la formation continue fait l'objet d'une norme de pratique depuis 2012 (OIIQ, 2011a). Cependant, bien que l'OIIQ voit la formation continue comme un engagement qui soutient et favorise le développement des compétences, il est important de différencier l'engagement obligatoire et nécessaire au maintien d'une pratique sécuritaire liée à la formation continue, et l'engagement volontaire et désiré par la personne pour assurer son développement professionnel. En ce sens, la formation continue n'est qu'un des moyens par lequel l'infirmière peut assurer son développement professionnel. Par ailleurs, considérant le caractère parfois obligatoire de la formation continue, elle ne peut être systématiquement considérée comme du développement professionnel. La formation continue constitue ainsi un moyen par lequel il est possible d'assurer son développement professionnel.

Dans le présent projet de recherche, le développement professionnel est considéré comme un engagement volontaire et continu. Il s'inscrit dans un processus de développement des compétences et d'implication dans l'amélioration et l'optimisation des pratiques de soins. Le développement professionnel permet à l'infirmière de potentialiser son rôle professionnel.



L'actualisation des connaissances et le développement des compétences résultant du développement professionnel permettent à l'infirmière de s'assurer de la qualité des soins en plus de favoriser l'utilisation des résultats probants dans sa pratique (American Nurses Association, s.d.). Comme le mentionne le référentiel de compétences du CHU Sainte-Justine (2014), assurer son développement professionnel est une compétence que l'infirmière développe tout au long de sa carrière. De fait, l'infirmière qui assure son développement professionnel le fait en utilisant et en combinant judicieusement différentes ressources internes et externes, dont la formation continue.

### **Développement de l'expertise selon Benner.**

L'ouvrage de Benner (1984) décrivant les différents stades de développement de l'expertise de l'infirmière a permis de mieux comprendre le développement de cette expertise. On retrouve, dans cet ouvrage de référence en sciences infirmières, la caractéristique développementale et continue de l'expertise qui évolue tout au long de la carrière de l'infirmière. Selon Benner (1984), l'apprentissage ne s'arrête pas à la fin de la formation initiale. Au contraire, Benner (1984) transpose la théorie d'acquisition et de développement chez les étudiants, élaborée par Dreyfus et Dreyfus (1980), au contexte du développement de l'expertise de l'infirmière tout au long de sa carrière en milieu clinique. Benner (1984) indique qu'une telle description de la progression d'habiletés et de compétences des infirmières était nécessaire. Elle argumente que la façon d'intervenir d'une infirmière experte semble, pour certaines, « intuitive » quand pourtant, ce sentiment de se fier à une intuition vient du fait que l'infirmière est tout simplement à un stade plus avancé de son développement (Benner, 1984). Benner (1984) indique que « l'expérience de l'infirmière experte l'amène à ne plus voir les situations complexes comme étant divisées en plusieurs parties, mais bien comme étant un tout où tous les éléments sont interreliés » [traduction libre, p.13].

Les cinq stades de développement, selon Benner (1984), sont inspirés des stades élaborés par Dreyfus et Dreyfus (1980). L'infirmière en formation commence au stade de novice, pour ensuite accéder au stade de débutante une fois ses études terminées. Par la suite, elle évolue au stade de compétente, puis performante, pour finalement atteindre le dernier stade, celui d'experte.

L'experte agit en tant qu'actrice dans la situation clinique. À l'inverse, l'infirmière débutante agira comme observatrice qui doit analyser chaque élément d'une situation de façon plus morcelée, puisque son manque d'expérience l'empêche de voir la globalité de la situation (Benner, 1984).

Benner (1984) propose une description des différents stades de développement, en plus de donner des pistes sur les besoins d'apprentissage des infirmières qui débutent dans la profession. Dans sa progression du stade de novice au stade de débutante, puis au stade de compétente, l'infirmière apprend à contextualiser des éléments d'une situation, appliquer des principes et procédures, pour finalement, commencer à prioriser ses évaluations et interventions (Benner, 1984). À ces trois premiers stades, l'infirmière nécessite un encadrement par une infirmière plus expérimentée et un soutien rapproché puisque les infirmières en début de pratique n'ont pas encore développé, entre autres, leur sens des priorités. Ainsi, bien que l'infirmière compétente ait, selon Benner (1984), plus de bénéfices à participer à des activités qui lui permettront de mettre en pratique ses prises de décisions, elle nécessite encore un certain accompagnement.

Au travers de sa progression d'un stade à l'autre, l'infirmière se développe dans les différents domaines de la pratique infirmière (Benner, 1984). Dans plusieurs sphères de sa pratique, l'infirmière apprend de son expérience. Son apprentissage se fait également par l'observation de collègues plus expérimentés ayant déjà évolué à des stades plus avancés. Les éléments décrivant les besoins d'encadrement de l'infirmière débutante, jusqu'au stade d'infirmière compétente de la théorie intermédiaire de Benner (1984), sont des éléments importants, indispensables à une compréhension de ce qui favorise ou nuit à ce développement.

### **Perceptions et besoins.**

Considérant les besoins particuliers de plusieurs groupes d'infirmières, dont les IND, Pool et al. (2013) ont conduit une étude aux Pays-Bas auprès de 22 infirmières et 10 gestionnaires afin d'explorer les différences de perception du développement professionnel, selon les groupes d'âge. Un premier groupe était formé de sept infirmières entre 20 à 34 ans (moyenne d'année d'expérience de 7,6 ans). Le deuxième groupe était formé de 8 infirmières entre 35 et 49 ans (moyenne d'année d'expérience de 16,4 ans). Le troisième groupe était formé de 7 infirmières

entre 50 et 65 ans (moyenne d'année d'expérience de 27,4 ans). Le dernier groupe était formé de 10 questionnaires ayant en moyenne 47,9 ans et 15 années d'expérience. Une analyse thématique des transcriptions de quatre entretiens de groupe a permis de dégager des résultats pertinents à l'étude proposée. Trois thèmes ressortaient de l'analyse des données de Pool, Poell et ten Cate (2013). En premier lieu, la perception qu'on les infirmières du développement professionnel et les caractéristiques qu'elles y attribuent. Ensuite, les besoins changeant selon l'expérience et, finalement, le niveau de formalité des activités d'apprentissage.

Tout d'abord, l'intention derrière l'engagement dans des activités dites de développement professionnel apparaît comme étant le premier thème. La finalité de la participation à des activités de développement professionnel touche, chez toutes les infirmières, le désir de devenir une meilleure infirmière et d'améliorer la qualité des soins prodigués. Le développement professionnel était, par contre, parfois associé au fait de quitter la pratique directe auprès des patients. Pourtant, afin de rehausser la pratique clinique, les participantes indiquaient avoir besoin d'activités de développement professionnel. Les auteurs remarquent également que cet éloignement de la pratique directe auprès des patients lors de participation à des activités de développement professionnel est, chez les jeunes infirmières, perçues comme faisant partie d'une continuité dans leur carrière. Les infirmières des tranches d'âge les plus élevées (35-49 ans et 50-65 ans), et les questionnaires, voyaient parfois cet éloignement comme un désaveu des jeunes infirmières envers la profession. Chez les plus jeunes infirmières, le développement professionnel est synonyme de développement de carrière et elles tiennent compte des différentes opportunités s'offrant à elles. Toujours selon Pool, Poell et ten Cate (2013), cette différence dans la perception du développement professionnel est d'ailleurs en lien avec le deuxième thème, soit la portée des activités de développement professionnel. Plusieurs questionnements sont survenus quant à ce qui est réellement considéré comme étant du développement professionnel selon les participantes, et ce, nonobstant l'âge. Les activités de formation continue nécessaires au maintien d'une pratique sécuritaire n'étaient pas, selon certaines, des activités de développement professionnel. Le développement professionnel doit, selon certaines, avoir un aspect volontaire et lié avec sa croissance en tant qu'infirmière. D'ailleurs, pour toutes les tranches d'âge, la perception que les infirmières avaient de la profession était, selon les auteurs, un élément déterminant dans la perception du développement professionnel. Finalement, le niveau de formalité des activités

ressortait comme troisième thème important. Peu importe leur tranche d'âge, certaines participantes indiquaient que le développement professionnel devait être sous forme d'activités formelles et encadrées, comme par exemple un cours universitaire. De plus, l'engagement dans un programme académique, bien que considéré par certaines participantes comme étant du développement professionnel, n'était pas nécessairement perçu comme contributif à l'amélioration des compétences et habiletés. Pour certaines infirmières plus expérimentées, les cours formels n'étaient pas attrayants, puisqu'elles se sentaient expertes dans leur domaine. Elles indiquaient voir le développement professionnel d'une façon plus pratique, dans leurs actions du quotidien. Pool, Poell et ten Cate (2013) mettent en lumière que l'importance qu'accordent les infirmières à certaines formations avait également une incidence sur le type de formation auquel elles participaient, qu'elles y soient réellement intéressées ou non. De plus, les standards de pratique ainsi que l'offre de formation étaient, selon certaines, plus ou moins adaptés aux infirmières plus expérimentées.

Bien qu'intéressants, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Étant révélateurs de la perception du développement professionnel chez les infirmières de la tranche d'âge 20-35 ans, ces résultats ne s'attardent pas à la perception profonde et spécifique des jeunes infirmières. De plus, cette étude a été conduite dans une optique où l'âge était le premier facteur d'influence sur les besoins de développement professionnel, sans tenir compte du nombre d'années d'expérience ou de l'expertise. Les auteurs mentionnent que les catégories choisies concordent avec le nombre d'années d'expérience, mais n'analysent pas et ne présentent pas les résultats de cette façon. De plus, le milieu d'où les participantes provenaient n'était pas indiqué. Considérant que celui-ci pouvait avoir une influence sur la culture de développement professionnel (Price et Reichert, 2017), il aurait été pertinent d'inclure ces informations.

Ces résultats concordent cependant avec une étude plus récente menée également aux Pays-Bas par Brekelmans et al. (2016). Cette étude quantitative de type transversal, menée auprès de 1226 infirmières d'un hôpital universitaire néerlandais, ainsi que de plusieurs hôpitaux de soins généraux, indique que l'engagement dans les activités de développement professionnel dépend de trois facteurs : l'importance accordée à l'activité, l'intention qui mène à la participation et les ressources mises en place pour accéder à l'activité. Ainsi, on retrouve comme premier facteur

l'importance que l'infirmière accorde à l'impact qu'aura l'activité de formation continue. Lorsqu'une infirmière accordait beaucoup d'importance, par exemple, à la recherche infirmière, elle était plus à même de participer à une activité de développement professionnel traitant de ce sujet. Deuxièmement, l'intention derrière la participation à ce genre d'activités influence le niveau d'importance qui sera accordé à l'activité. Finalement, les auteurs indiquent que les ressources mises en place pour libérer les infirmières afin de participer à ces activités, ainsi que les exigences de l'employeur, influencent également leur participation à des activités de développement professionnel. Ces aspects d'engagement volontaire et d'activités adaptées selon les besoins et champs d'intérêt de l'infirmière semblent être des facteurs importants, qui rejoignent les résultats de l'étude de Pool et al. (2013).

Indépendamment de leur niveau de développement de carrière ou leur âge, les infirmières semblent avoir besoin d'une motivation intrinsèque, d'activités rejoignant leur champ de pratique, ainsi que de soutien institutionnel dans leur engagement de leur développement professionnel (Brekelmans et al., 2016; Pool et al., 2013). L'étude menée par Govranos et Newton (2014) en Australie, auprès de 23 infirmières travaillant au sein d'une unité de médecine-chirurgie abonde en ce sens. Les données sociodémographiques des participantes indiquent que la majorité des participantes avaient entre 20 et 35 ans (n=14). Les entretiens de groupe et les entretiens individuels semi-structurés menés auprès de ces infirmières ont révélé que l'accessibilité à la formation continue ainsi que la culture favorable à l'éducation et à la formation jouent un rôle important dans l'engagement des infirmières dans leur développement professionnel. Finalement, bien que Govranos et Newton (2014) parlent d'éducation continue, on retrouve, dans leur étude, ce même manque de consensus chez les infirmières sur la nature de ce que représente cet apprentissage continu, quel que soit son nom.

Cet aspect d'éducation continue est d'ailleurs discuté par Horn et al. (2019) dans une étude menée auprès de 74 infirmières travaillant dans un centre de soins aigus d'un hôpital pédiatrique du sud-ouest des États-Unis. Cette étude corrélationnelle avait pour but de comprendre ce que représente le développement professionnel chez des infirmières en pédiatrie en explorant les composantes, les motivations ainsi que les barrières au développement professionnel. À l'aide d'un questionnaire construit par différents spécialistes de l'équipe de recherche, Horn et al. (2019) ont

également cherché à savoir si une relation existait entre ces trois éléments et l'âge, le niveau d'éducation ainsi que le nombre d'années d'expérience. Les résultats de l'étude indiquent que l'éducation continue est la composante à laquelle les infirmières accordent le plus d'importance. Pour ce qui est de la motivation, l'amélioration de la qualité des soins aux patients se classe au premier rang. Finalement, les engagements familiaux constituent la principale barrière au développement professionnel, selon les infirmières interrogées. Lorsque mis en relation avec l'âge, le nombre d'années d'expérience ainsi que le niveau d'éducation à l'aide d'un coefficient de corrélation, quatre constats étaient faits. Tout d'abord, plus l'infirmière avance en âge, moins elle considère l'obtention d'un diplôme académique comme du développement professionnel ( $r=0.35200$  ;  $p=0.0024$ ). Bien que ce constat n'ait pas été exploré davantage, il fait écho à celui de Pool et al. (2013) sur le désintéressement des infirmières plus âgées face aux formations données dans un contexte académique. Également, dans l'étude de Horn et al. (2019), une corrélation indique que plus l'infirmière est jeune, plus elle accorde de l'importance au rôle du développement professionnel dans l'élargissement de ses opportunités de carrière ( $r=0.38265$  ;  $p=0.0008$ ). Avec un  $p$  significatif et une corrélation de Pearson supérieure à 0.3, ces deux éléments sont à prendre en considération. Les auteurs indiquent que deux autres corrélations ont été faites concernant le niveau d'études et l'importance accordée à la présence d'opportunités de développement professionnel ( $r=0.24375$  ;  $p=0.0457$ ) ainsi que le niveau d'études et l'importance d'augmenter sa confiance en soi ( $r=0.236332$  ;  $p=0.0457$ ). Finalement, des chi carrés ont révélé que les plus jeunes infirmières étaient davantage enclines à considérer la poursuite de leurs études académiques comme du développement professionnel ( $p=0.0244$ ). Également, plus l'infirmière était jeune, plus les opportunités d'emploi constituaient une motivation importante dans son développement professionnel ( $p=0.0202$ ). Un alpha de Chronbach a également été conduit pour vérifier la consistance interne du questionnaire. Pour les questions sur les composantes du développement professionnel, l'alpha de Chronbach était de 0.76, pour celles sur les motivations, il était de 0.71, et finalement, pour les barrières, on retrouvait un alpha de Chronbach de 0.80. Bien que certaines corrélations de cette étude étaient plutôt faibles, leur validité et leur fiabilité indiquent tout de même des résultats intéressants. Tout comme Pool et al. (2013), l'âge semble être un indicateur d'importance. Contrairement à Pool et al. (2013), Horn et al. (2019) s'interrogent sur le nombre d'années d'expérience. Les résultats présentés ne détaillent que des corrélations significatives. Les résultats de corrélation en lien avec le nombre d'années d'expérience n'ont donc pas été

mentionnés. L'omission de certains résultats, significatifs ou non, entraîne donc un questionnement quant à la rigueur scientifique de cette étude.

Price et al. (2018) se sont penchés, tout comme d'autres auteurs (Horn et al., 2019; Pool et al., 2013), sur l'aspect générationnel dans l'examen du concept de développement professionnel. Cependant, Price et al. (2018) précisent, dans leur recherche, s'intéresser précisément aux milléniaux (infirmières nées entre 1980 et 1995) et la perception que cette génération a du développement professionnel. Cette étude narrative interprétative menée auprès de diplômées d'une université de l'est du Canada (n=6) est la continuité d'une étude longitudinale menée auprès de douze étudiantes. Six d'entre elles ont accepté de participer à cette étude dont la collecte de données s'est tenue environ un mois après leur diplomation. L'analyse thématique des données récoltées lors d'entretiens semi-structurés et de journaux de bord a permis de faire ressortir trois thèmes.

Premièrement, les infirmières indiquaient qu'elles avaient besoin, lors de leur entrée dans les milieux cliniques, d'une certaine validation qu'elles avaient fait le bon choix de carrière. Cette validation s'exprimait non pas par les commentaires de leurs pairs sur leurs compétences, mais bien par leur sentiment d'avoir fait une différence. Ce concept de « faire la différence » est ressorti comme étant un élément essentiel à l'épanouissement de ces IND. Elles veulent occuper un emploi qui leur permettra de voir des effets concrets sur la vie des gens. Leur carrière doit avoir un but, un sens. Deuxièmement, leur perception de ce que doit être une bonne infirmière était pour elles une motivation à donner des soins de qualité. Cette notion de bonne infirmière était associée à la capacité de l'infirmière de procurer des soins holistiques et humains. Bien que la présence de modèles de rôle qui personnifiaient, pour elle, une « bonne » infirmière, était aidant dans leur développement, plusieurs barrières les empêchaient de se développer pour atteindre elles-mêmes ce statut de « bonne » infirmière. La surcharge de travail, la fatigue généralisée et le manque de soutien des gestionnaires faisaient, entre autres, partie des raisons énoncées par ces IND. Troisièmement, les participantes indiquaient que, à long terme, elles désiraient avoir un équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle. Les horaires de travail flexibles et le grand nombre d'opportunités d'emplois diversifiés donnaient aux participantes un sentiment d'*empowerment*. Ce sentiment provient de leur capacité à faire une différence dans la vie des gens et à se développer

professionnellement tout en accordant du temps à leur vie personnelle. Elles sentaient avoir l'opportunité de se développer dans les deux sphères, sans avoir à faire de compromis. Les résultats de cette étude rejoignent ceux de l'étude menée par Pool et al. (2013), dans la vision à long terme que les jeunes infirmières ont de leur carrière. Cette étude amène, par contre, un aspect nouveau qui est celui de la nécessité de consolidation des connaissances et des habiletés cliniques de l'IND avant qu'elle puisse assumer elle-même son développement professionnel.

### **Soutien à la transition.**

Dans une étude menée par Price et Reichert (2017), le soutien à la transition est abordé sous l'angle de l'apprentissage à long terme et de la formation continue. Les auteurs de cette étude considèrent que l'importance accordée à la génération, plutôt qu'au stade de développement de carrière (étudiant, début de carrière, milieu de carrière et fin de carrière), peut possiblement altérer notre interprétation des besoins des IND (Price et Reichert, 2017). En se concentrant sur le stade de développement de carrière de l'infirmière, Price et Reichert (2017) ont mené des entretiens de groupe auprès d'étudiantes en sciences infirmières (n=27), d'infirmières en début de carrière (n=58) et en milieu ou fin de carrière (n=100). Une analyse thématique a été faite à partir des transcriptions de verbatim des 18 entretiens de groupe. Chaque entretien de groupe durait environ 60 à 90 minutes et était conduit auprès de 8 à 15 participantes. Cette analyse a permis de mettre en lumière l'importance d'avoir, selon les étudiantes et les infirmières en début de carrière (moins de cinq ans d'expérience), un programme de transition qui accompagne le développement des infirmières en tant qu'infirmière en début de carrière. Les infirmières en début de carrière n'ayant eu qu'une courte orientation se trouvaient beaucoup moins à l'aise dans leur rôle professionnel lors de leur entrée dans la profession. Ce soutien que les IND recherchent réussissait, selon elles, aussi à pallier le manque de réalisme des programmes d'éducation en milieu académique. Finalement, ces infirmières en début de carrière indiquaient qu'une fois la transition accomplie, des activités de développement professionnel étaient nécessaires à leur développement de compétences. Pour les infirmières en milieu et fin de carrière (plus de six ans d'expérience), les activités de développement professionnel étaient vues comme aidantes, voire même nécessaires, mais peu valorisées par leurs employeurs. Elles voyaient l'intérêt et le potentiel de la formation



continue dans le développement de leur expertise ainsi que dans l'amélioration de la qualité des soins.

Ces résultats ont été recueillis lors d'entretiens de groupe qui avaient lieu lors d'un congrès national du *Canadian Federation of Nurse Unions*. Les infirmières ayant participé à ce congrès représentent potentiellement une proportion non représentative des infirmières canadiennes de par leur participation à un congrès national. La possibilité qu'elles soient des infirmières plus motivées et engagées dans leur développement professionnel est présente et doit être prise en considération dans l'utilisation de ces résultats. Cependant, le grand nombre de participantes augmente considérablement la crédibilité des résultats.

Finalement, l'étude qualitative menée dans un hôpital Anglais auprès de 28 infirmières ayant moins de deux ans d'expérience (Wilkinson et Hayward, 2017) vient préciser la notion de préparation des infirmières quant à la prise en charge de leur développement professionnel. Cette étude avait, entre autres, pour but « de comprendre l'expérience et les perceptions d'infirmières généralistes sur leur développement professionnel » (traduction libre, Wilkinson et Hayward 2017, p.30). Les auteurs visaient ultimement une amélioration des programmes d'orientation en vue d'augmenter le taux de rétention et ainsi, diminuer les coûts relatifs à ces programmes. Cependant, les résultats de cette étude amènent des éléments intéressants dans la compréhension de la place qu'occupe le développement professionnel chez les infirmières ayant moins de deux ans d'expérience clinique. L'analyse des données récoltées lors de trois entretiens de groupe indique que les infirmières ayant débuté leur carrière dans des unités de soins surspécialisés semblent mieux outillées lorsqu'elles doivent être autonomes face à leur développement professionnel. Les résultats de l'étude suggèrent que les IND semblent vouloir, avant tout, parfaire les compétences qui leur permettent d'acquiescer leurs tâches quotidiennes auprès des patients avant d'entreprendre une démarche de développement professionnel. Ce soutien aux compétences dites « de base » par les auteurs influencera la capacité de l'infirmière à prendre en charge son propre développement professionnel. Les infirmières n'ayant pas suivi le programme de préceptorat d'un an offert dans certaines unités de soins de l'hôpital, lors de leur transition entre le milieu académique et le milieu clinique, se sentaient moins en contrôle par rapport à ce que les auteurs qualifient de *lifelong learning*. Celles ayant eu des programmes d'orientation plus longs semblaient, par contre, avoir

plus d'initiative en lien avec leur développement professionnel. Les auteurs indiquent que ces infirmières se sentaient plus à l'aise d'aller chercher les ressources nécessaires à ce développement professionnel. Tout comme Price et Reichter (2017), les résultats de l'étude de Wilkison et Hayward (2017) suggèrent un besoin de soutien lors de la transition ainsi qu'un besoin d'opportunités de développement professionnel après la période de transition. Ces résultats restent toutefois à être interprétés avec précaution, puisque les auteurs de cette étude (Wilkison et Hayward, 2017) n'indiquent, à aucun moment, la nature des activités des formations proposées ni leur durée. De plus, Wilkison et Hayward (2017) mentionnent que le soutien du milieu et des supérieurs immédiats par rapport aux activités de développement professionnel avait un impact considérable sur leur engagement à prendre en main leur développement professionnel.

### **Barrières.**

Plusieurs auteurs mentionnent l'influence que le soutien provenant des milieux cliniques peut avoir sur l'engagement des infirmières dans différentes activités de développement professionnel (Govranos et Newton, 2014; Pool et al., 2013; Price et Reichert, 2017). À cet effet, Davis et al. (2016) viennent préciser, dans leur revue systématique, l'effet des milieux de travail sur les apprentissages des infirmières. Bien que cette revue systématique des écrits scientifiques vise à comprendre l'expérience d'apprentissage général des infirmières de tous les niveaux d'expertise, les résultats viennent confirmer les besoins de soutien et l'influence du milieu de travail évoqués par plusieurs auteurs en ce qui a trait au développement professionnel. Quatorze articles qualitatifs considérés comme ayant une méthodologie rigoureuse, selon le *Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument*, ont été analysés. La synthèse de ces 14 articles a permis aux auteurs de conclure que plusieurs facteurs, dits statiques, existent dans les milieux cliniques. Les auteurs entendent par statique le fait que ceux-ci soient présents dans tous les milieux. La tangente qu'ils prendront détermine, par contre, si celui-ci devient une barrière ou bien, un facteur facilitant à l'apprentissage. Ces facteurs ont été divisés en deux thèmes, soit l'influence d'ordre organisationnel et les relations dynamiques. L'influence d'ordre organisationnel est décrite par les auteurs comme étant une influence qui permettra ou empêchera l'infirmière d'entreprendre, par elle-même, son développement professionnel et la poursuite de ses apprentissages. Les auteurs indiquent que l'infirmière doit, par une motivation intrinsèque,

s'engager dans ses apprentissages. Ces apprentissages ne doivent pas être forcés, mais doivent par contre être encouragés, notamment en rendant les formations accessibles par l'institution. Des ressources doivent être déployées afin de permettre aux infirmières le désirant de s'engager dans la poursuite de leurs apprentissages. Les relations dynamiques sont, pour leur part, des facteurs qui permettent à l'infirmière d'entrer en relation avec les autres et de tirer une valorisation du développement professionnel. Par exemple, la considération de l'expertise des collègues permettrait d'entrer dans une relation qui peut générer des apprentissages menants à être encouragé et à vouloir continuer de se développer professionnellement. Plusieurs facteurs inhérents à l'environnement de travail et à la culture organisationnelle influencent les infirmières de tout niveau d'expertise dans la prise en main de leur développement professionnel. Il apparaît important de considérer ceux-ci afin de favoriser le développement professionnel des IND.

Bien que les articles analysés dans cette recension des écrits scientifiques ne considèrent pas l'engagement dans le développement professionnel comme étant une compétence à part entière, il est indéniable que le désir de prendre en main son développement professionnel existe chez les infirmières. Les actions prises par les infirmières, dans le but d'assurer leur développement, font d'ailleurs partie des éléments de compétence que l'on retrouve dans la description de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » du référentiel de compétences infirmières du CHU Sainte-Justine (2014).

### **Cadre de référence**

Le référentiel de compétences infirmières de l'outil de développement professionnel du CHU Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine, 2014) servira de base au cadre de référence de la présente étude. Le référentiel de compétences du CHU Sainte-Justine considère une compétence 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 » (Tardif, 2006, p. 22). La compétence a plusieurs caractéristiques. Elle est combinatoire, contextuelle, intégrative, évolutive et développementale (Tardif, 2006). La nécessité de mobiliser plusieurs ressources rend compte de l'aspect intégrateur de la compétence. Le déploiement d'une

compétence doit ainsi intégrer l'utilisation de ressources, tant internes, comme les connaissances et habiletés personnelles, qu'externes, comme les outils de recherche, les ouvrages de référence ou les personnes-ressources. Pour sa part, savoir combiner de façon judicieuse ces différentes ressources rend compte de l'aspect combinatoire de la compétence. Effectivement, la même compétence peut être mise en œuvre de façon différente, selon le contexte et les ressources que la personne choisit de combiner et de mobiliser. En ce qui a trait à la caractéristique contextuelle, elle sous-tend que le déploiement de la compétence a lieu dans un contexte particulier. Le caractère évolutif implique, pour sa part, que la compétence elle-même soit en constante évolution. Celle-ci intègre de nouvelles ressources au fur et à la mesure qu'elles sont disponibles. Le caractère développemental de la compétence sous-tend qu'une compétence se développe tout au long de la vie professionnelle et, que bien qu'on progresse dans les différentes étapes de celle-ci, son développement n'est jamais réellement terminé.

Cette caractéristique développementale de la compétence, telle que décrite par Tardif (2006), est étroitement liée à ce projet de recherche. Ce projet souhaite, de fait, comprendre comment les IND perçoivent le développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » et la contribution qu'un PRI peut avoir sur le développement de celle-ci. La compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » est l'une des sept compétences du référentiel du CHU Sainte-Justine (2014). Les différentes compétences du référentiel sont décrites grâce à des éléments de compétences et des indicateurs de développement. Les éléments de compétence, qui sont, pour leur part, communs à toutes les étapes de développement de la compétence, viennent préciser les principales composantes de celle-ci. Les indicateurs de développement, quant à eux, « renseignent sur la progression ou la réalisation des apprentissages en vue du développement de la compétence » (CHU Sainte-Justine, 2014, p. 4).

Les quatre étapes de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » sont déclinées selon trois éléments de compétences, soit « Agir avec professionnalisme », « Mettre à jour ses connaissances » et « Partager ses connaissances » (CHU Sainte-Justine, 2014). On retrouve à

l'appendice B les indicateurs de développement de chacune des quatre étapes de développement de cette compétence. Dans la présente étude, ces indicateurs guideront l'exploration de la perception de l'IND du développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » ainsi que de la contribution d'un PRI à cette compétence.

La Figure 1, de la page suivante, met en lien la définition de la compétence, telle que décrite dans cette étude, et l'évolution des étapes de développement décrites dans le référentiel de compétences retenu. Cette schématisation du cadre de référence permet de mettre en lien la pratique infirmière et les concepts de compétence utilisés dans le cadre de référence tout en laissant une place à l'expérience de l'IND dans cette évolution.

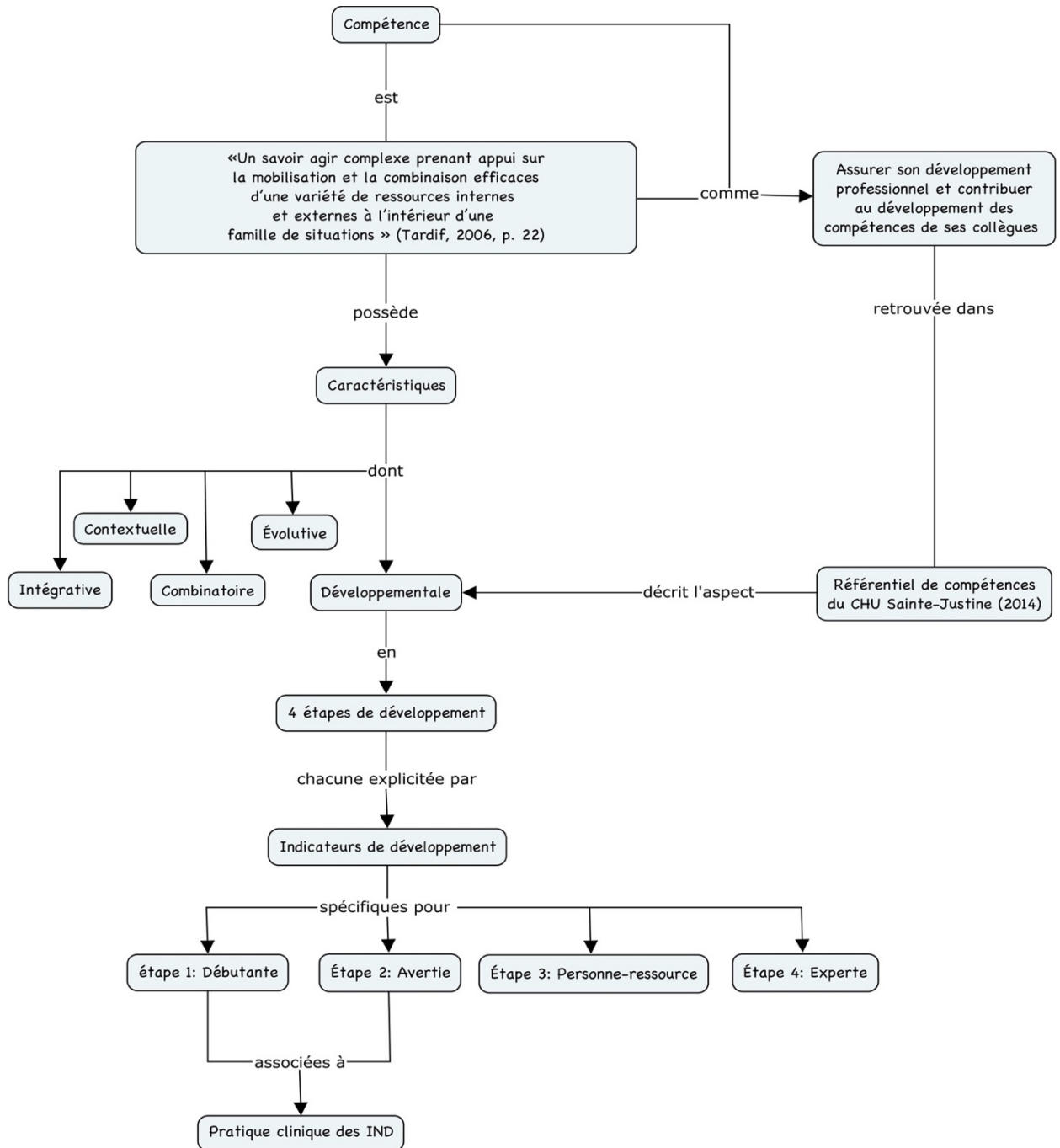


Figure 1: Schématisation du cadre de référence

L'exploration de la perception qu'ont les IND sur le développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » permettra une meilleure compréhension de cette compétence. Cette exploration permettra également de mieux comprendre comment les IND déploient cette compétence et de

quelle manière elles la développent. Bien que le projet d'étude présenté ne prétende pas avoir comme objectif la validation du cadre de référence, les résultats qui en seront issus pourront potentiellement contribuer au raffinement conceptuel de celui-ci.

## **CHAPITRE 3 : Méthodologie**



Ce troisième chapitre présente la méthodologie utilisée dans le projet d'étude présenté. On y retrouve une description du devis de recherche et du contexte de l'étude et des participants à la recherche. Par la suite, une description de la méthode de recrutement, de la collecte de données et de la méthode d'analyse de données sera faite. Finalement, les critères de rigueur ainsi que les considérations éthiques seront présentés.

### **Posture épistémologique et devis de recherche**

La posture épistémologique adoptée par l'étudiante chercheuse considère la réalité comme étant le construit de nos interactions. Le constructivisme, selon Guba et Lincoln (Avenier, 2011), considère la réalité comme étant multiple et relative à l'individu qui la construit. On retrouve également, dans cette posture épistémologique constructiviste, l'aspect d'interactivité avec les expériences de vie qui sont à la base de la construction de la réalité par la personne (Avenier, 2011).

La notion de compétence, telle qu'utilisée dans cette étude, nous rapporte à la vision de l'approche par compétences, elle-même influencée par les théories constructiviste, socioconstructiviste et cognitiviste de l'apprentissage. L'approche par compétences, qui adopte une perspective constructiviste, considère que la compétence se développe en partie grâce à notre interactivité avec la réalité à laquelle nous sommes exposées (Dürrenberger, 2012). Son développement se fait en interaction avec son environnement et donc, selon les ressources et situations qui lui sont disponibles. Les connaissances, de tout genre, sont mobilisées et combinées lors du déploiement d'une compétence, selon les situations rencontrées. Il est donc important de comprendre que la compétence se déploie dans un contexte spécifique et en interaction avec l'extérieur/la réalité. Cette interaction et cette application contextualisées de la compétence sont nécessaires à son développement. Le développement d'une compétence est également unique à chaque individu. Tout comme la prémisse du constructivisme, la connaissance et la réalité de l'apprenant se construisent selon des expériences vécues qui lui sont propres et teintées de sa perspective sur le monde.

Cette étude exploratoire s'inscrit dans une approche qualitative avec un devis descriptif interprétatif, tel que décrit par Thorne (2016). Ce devis considère l'interprétation comme étant le fait de mettre de l'avant la perspective socialement construite d'un individu. La description interprétative prend donc forme lorsqu'un sens commun émane de la signification que plusieurs individus donnent à un phénomène vécu (Thorne, 2016).

### **Contexte de l'étude et population cible**

L'unité des soins intensifs néonataux (USIN) où se déroule l'étude comprend plus de 60 lits de soins intensifs et de soins intermédiaires. Chaque année y sont accueillis des prématurés, dont certains nés après aussi peu que 24 semaines de gestation. En 2015, l'USIN a instauré un PRI afin de mieux encadrer l'intégration des infirmières lors de leur arrivée sur cette unité surspécialisée (Burelle, 2018). Les activités d'accompagnement qui s'étendent sur un an visent à accroître graduellement l'autonomie de l'infirmière à l'USIN en plus de favoriser la rétention du personnel. Le développement des sept compétences décrites dans le référentiel de compétences du CHU Sainte-Justine (2014) est favorisé grâce à plusieurs méthodes d'enseignement, comme la simulation clinique, la création de cartes conceptuelles lors de séances en approche par problème (APP), l'observation, le préceptorat et l'analyse d'articles scientifiques (Burelle, 2018).

Les infirmières font leur intégration dans le milieu en trois phases, soit la phase des soins intermédiaires, la phase des soins intensifs et la phase de pratique autonome. Durant la première phase, les infirmières ont, en plus des neuf journées de pratique jumelées à une infirmière préceptrice, cinq journées de formation théorique où les différents concepts de la pratique infirmière en néonatalogie sont vus sous forme d'APP. Cinq situations sont vues en groupe. Après l'exploration de chaque situation, les infirmières sont invitées à faire diverses lectures suggérées par les formatrices. Par la suite, un retour en groupe est fait afin que les recrues puissent discuter de leurs apprentissages. Une carte conceptuelle est alors élaborée par les recrues, avec l'aide des formatrices. Une fois le préceptorat et la formation théorique complétés, les résidentes infirmières peuvent pratiquer de façon autonome auprès de patients nécessitant des soins de type intermédiaire durant une période d'au moins huit semaines. À la suite de cette pratique autonome en soins intermédiaires, les résidentes infirmières assistent à deux journées supplémentaires de formation

théorique, sur des sujets traitants des soins infirmiers en contexte de situations de santé critiques en néonatalogie. Des situations d'APP supplémentaires contribuent au développement de leurs compétences nécessaires à la prise en charge des patients nécessitant des soins de type intensifs. Après une période de préceptorat de huit journées, le PRI prévoit que les résidentes soient assignées exclusivement à la section des soins intensifs de l'unité afin qu'elles puissent intégrer, de manière autonome, leurs apprentissages dans leur pratique avec ce type de patients. Durant la dernière phase du programme, soit la pratique autonome, elles pourront se voir assigner tous types de patients. Cette phase d'intégration des connaissances, nommée consolidation dans le PRI, prévoit quatre journées où les résidentes infirmières sont retirées du milieu clinique pour participer à plusieurs activités de formation sur des sujets, tels que l'allaitement, le deuil et l'éthique. L'appendice C présente un résumé du déroulement du PRI de l'USIN où s'est déroulée l'étude.

Cette unité de soins est spécifiquement ciblée, puisqu'elle est une des rares unités de soins des hôpitaux de la région de Montréal offrant des PRI basés sur l'approche par compétences. De plus, la présence déjà existante d'un référentiel de compétences (CHU Sainte-Justine, 2014) permet de rejoindre un milieu qui offre une définition claire de la compétence à assurer son développement professionnel, qui est au cœur de ce projet de recherche. Des dizaines d'infirmières participent chaque année à ce PRI. En 2015, 52 infirmières ont été accueillies à l'USIN. Parmi elles, au moins 17 avaient moins de six mois d'expérience clinique. Les IND forment la principale population qui bénéficie de l'encadrement visé par le PRI lors de leur arrivée à l'USIN.

Comme mentionné plus tôt, aucune définition claire n'existe de l'IND. Dans la présente étude, les infirmières ayant moins de six mois d'expérience depuis l'obtention de leur diplôme seront considérées comme IND. Effectivement, ce n'est qu'après l'obtention de leur permis de pratique délivré par l'OIIQ que l'IND peut exercer sa pleine étendue de pratique, puisque les CEPI sont restreintes dans leurs actes par la loi (Éditeur officiel du Québec, 2018). Bien que les délais avant l'obtention du permis de pratique varient d'une année à l'autre, on compte environ six mois après l'entrée des CEPI dans les milieux cliniques pour l'obtention de leurs résultats à l'examen d'entrée à la profession (OIIQ, 2018).

## **Participants à la recherche**

Pour ce projet, des critères de sélection des participantes à l'étude ont été déterminés. L'échantillonnage, selon des critères prédéfinis, est, comme le mentionne Patton (2000), un type d'échantillonnage intentionnel. Celui-ci est tout indiqué pour explorer les perceptions d'une population par rapport à un phénomène vécu par celles-ci. Afin d'obtenir une compréhension de la signification commune de la réalité d'IND sur la contribution d'un PRI sur le développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement de compétences de ses collègues », ce type de stratégie d'échantillonnage est le plus approprié. Les critères d'inclusion ci-dessous ont servi à circonscrire l'échantillon afin qu'il représente bien le phénomène à l'étude :

- Infirmières ayant débuté le PRI de l'USIN dans les six premiers mois de leur pratique professionnelle ;
- Infirmières ayant terminé le PRI de l'USIN dans la dernière année ;
- Infirmière n'ayant pas eu d'interruption d'emploi durant son PRI de l'USIN (congé d'étude, congé de grossesse, congé de maladie, etc.).

Ayant terminé le PRI de l'USIN dans la dernière année, les infirmières participantes n'étaient donc plus des IND au moment de leur participation à l'étude.

## **Recrutement**

L'étudiante chercheuse a approché le milieu spécifique de l'étude par l'entremise des conseillères en soins infirmiers de l'USIN. Celles-ci ont agi à titre d'éclusières, puisqu'elles rencontrent toutes les nouvelles infirmières lors de leur participation au PRI. Des échanges avec les cadre-conseillères en soins infirmiers ont permis d'établir les modalités de recrutement. L'étudiante chercheuse comptait recruter entre six et huit participantes. La première prise de contact avec les participantes potentielles s'est faite pour les participantes toujours dans le PRI sous forme de séance d'information lors de leur dernière journée de résidence. L'étudiante chercheuse a répondu sur place aux questions. Une invitation de participation à l'étude contenant une brève description de l'étude ainsi que les informations nécessaires pour entrer en contact avec

l'étudiante chercheuse leur a été remise (Appendice D). Étant donné qu'un nombre insuffisant de participantes ont été rejointes par cette prise de contact, une deuxième invitation a été faite par l'envoi de la lettre d'invitation (Appendice D), par courriel, à toutes les infirmières qui satisfaisaient les critères d'inclusion de l'étude. Ce courriel a été envoyé par les infirmières cadre-conseil ayant accepté de collaborer au recrutement. De cette façon, les infirmières intéressées ont pu rejoindre directement l'étudiante chercheuse, sans devoir solliciter de nouveau l'infirmière cadre-conseil. L'étudiante chercheuse n'a pas eu accès à la liste des infirmières qui rencontraient les critères de sélection et la cadre-conseil, pour sa part, n'a pas eu accès aux noms des infirmières ayant accepté de participer à l'étude. Ce processus a permis d'assurer une confidentialité à l'égard des participantes, et ce, dès le début du processus de recrutement.

### **Collecte de données**

La collecte de données s'est faite au moyen de quatre outils, soit l'entretien individuel semi-structuré à l'aide d'un guide d'entretien (Appendice E), le questionnaire sociodémographique (Appendice F), un journal de bord et des mémos analytiques.

#### **L'entretien individuel semi-structuré.**

L'entretien individuel semi-structuré favorise l'exploration en profondeur de l'expérience telle que vécue par un individu. Cette exploration favorise une explicitation et une compréhension de ce vécu (Savoie-Zajc, 2009). Dans l'entretien individuel semi-structuré, le rôle du chercheur va au-delà de la simple lecture de questions. Dans une perspective constructiviste, la relation et les interactions entre le chercheur et le participant, dit connaissant, sont d'une importance capitale à la genèse des connaissances (Avenier et Gavard-Perret, 2012). Le discours du participant connaissant lors d'un entretien individuel semi-dirigé est d'ailleurs lui-même le fruit de l'interaction entre le chercheur et son interlocuteur (Savoie-Zajc, 2009; Talmage, 2012). La définition de Savoie-Zajc de l'entretien individuel semi-structuré, comme étant « un échange verbal contribuant à la production d'un savoir socialement construit » (2009, p. 339), explique bien l'importance de celui-ci comme outil de collecte de données. Le fruit de ces entretiens permet de mettre en lumière les perceptions uniques de chaque participante par rapport à la contribution d'un

PRI sur le développement de leur compétence à assurer leur développement professionnel. Un guide d'entretien individuel semi-structuré (Appendice E), inspiré du cadre de référence de la présente étude, a été utilisé par l'étudiante chercheuse tout au long des entretiens individuels. Ce guide a permis à l'étudiante chercheuse d'aborder les thèmes et sous-thèmes souhaités, tout en restant cohérente avec les fondements théoriques de l'étude (Savoie-Zajc, 2009).

Avant de débiter l'entretien, l'étudiante chercheuse a avisé chaque participante que l'entièreté de l'entretien serait enregistrée à l'aide d'un enregistreur audio préalablement testé. Les participantes ont été invitées à signer le formulaire d'information et de consentement qui leur a été préalablement fourni (Appendice G). L'étudiante chercheuse a ensuite fait la lecture d'un texte prérédigé (Appendice H) afin d'expliquer de nouveau le déroulement de l'entretien individuel semi-structuré et de l'étude. De cette façon, l'étudiante chercheuse s'est assurée, à nouveau, du consentement libre et éclairé de chacune des participantes et a pu répondre à leurs questions avant de débiter l'entretien.

Les thèmes d'ouverture visaient à mettre la participante à l'aise tout en permettant à celle-ci d'expliquer, dans ses mots, sa perception de la compétence à l'étude. Des propositions de questions ouvertes ont accompagné les différents thèmes du guide d'entretien afin d'alimenter la conversation avec la participante. L'utilisation de questions ouvertes et concises est à préconiser afin de permettre aux participantes de décrire de façon riche leur expérience et perception entourant les différents thèmes abordés (Savoie-Zajc, 2009). Finalement, des questions de clôture ont été proposées dans le guide d'entretien afin d'aider l'étudiante chercheuse à synthétiser les propos importants de l'entretien. L'étudiante chercheuse a, par la suite, invité la participante à ajouter des commentaires et questions, au besoin. L'entretien individuel semi-structuré a pour but de faire ressortir le vécu de la participante. Il est nécessaire de prévoir un soutien à celle-ci, puisqu'une telle discussion peut entraîner une réminiscence de souvenirs ou de situations potentiellement négatifs pour la participante. Un aide-mémoire a été conçu par l'étudiante chercheuse (Appendice I). Il regroupe des ressources professionnelles et psychologiques internes et externes à l'établissement. Cet aide-mémoire a été remis à chaque participante lors des entretiens individuels.

À la fin de chaque entretien individuel, une prise de notes a été faite. Ces notes ont servi de mémos analytiques pour l'étudiante chercheuse. Elle a consigné des éléments permettant de comprendre, clarifier et d'approfondir le contexte et les réactions de chaque participante (Savoie-Zajc, 2009).

Les entretiens individuels se sont tenus dans l'établissement ou dans un lieu à l'extérieur de l'établissement, selon les préférences des participantes. Le lieu et le moment exact ont été déterminés en accord avec les participantes. À la convenance des participantes, les entretiens individuels ont ainsi pu se dérouler dans un local en dehors de l'unité de soins, soit un local de réunion de l'établissement, ou dans un emplacement externe à celui-ci. De cette façon, l'étudiante chercheuse s'est assurée de donner un choix aux participantes afin qu'elles soient à l'aise de parler de leur expérience, tout en gardant leur anonymat. Les entretiens se sont tenus hors des heures de travail de la participante, avant ou après leur quart de travail, ou bien sur une journée de congé de leur choix.

### **Questionnaire de données sociodémographiques et fiche synthèse.**

Le questionnaire de données sociodémographiques (Appendice F) qui a été rempli par chaque participante en début de l'entretien individuel a permis de faire une description du groupe de participantes. Les informations récoltées entourent des éléments du contexte de travail de la participante qui semblent, selon les écrits, avoir une influence sur l'expérience de transition générale de l'IND. Par exemple, le statut d'emploi (temps plein ou temps partiel) ainsi que le quart de travail font référence à l'élément de stabilité d'emploi et d'équipe de travail (Adams et Gillman, 2016; Regan et al., 2017). L'âge, le genre, l'expérience antérieure et le niveau d'éducation sont, pour leur part, des éléments intra personnels qui peuvent également influencer l'expérience d'intégration de l'IND (Dwyer et Revell, 2016). Pour chaque entretien, les réponses de ce questionnaire ont été colligées dans une fiche synthèse qui inclut, en plus de ces réponses, une brève description des principaux éléments abordés durant l'entretien. Cette fiche synthèse a permis d'aider l'étudiante chercheuse à faire une récapitulation des données collectées lors de l'entretien individuel. Afin d'assurer la confirmabilité des propos, la fiche synthèse de chaque entretien individuel semi-structuré a été envoyée à la participante concernée. Celles-ci ont été invitées à

valider que la synthèse reflète réellement leurs propos avant le début de l'analyse des données. Aucune participante n'a eu de commentaire ou d'ajout à faire.

### **Journal de bord.**

Un journal de bord contient l'ensemble des prises de décisions et des réflexions de l'étudiante chercheuse. Dans la recherche qualitative, il importe que le lecteur puisse comprendre les procédés utilisés tout au long de la production de données (Valéau et Gardody, 2016). Or, les réflexions que le chercheur a, dès le début de la problématisation, témoignent du raisonnement qui l'amène à conceptualiser ses résultats d'une façon plutôt qu'une autre (Kivits et Balard, 2016). Il est donc important de tenir un journal de bord dès le début du processus de recherche. Ce journal de bord, qui a permis à l'étudiante chercheuse de faire un exercice de métacognition (Piaget, 1971, cité dans Valéau et Gardody, 2016), garantit une certaine transparence quant au processus qui l'a menée à la présentation de sa conceptualisation finale.

### **Gestion des données**

Les verbatim, sous forme de fichiers audio des entretiens individuels semi-structurés, ont été transcrits par une transcriptrice ayant signé un formulaire de confidentialité. La transcription a permis la production de verbatim préliminaires qui incluent l'intégralité des mots et réactions audibles à l'enregistrement audio. Une deuxième écoute des enregistrements, par l'étudiante chercheuse, a permis de faire une vérification de l'authenticité de ceux-ci, tout en lui permettant d'ajouter le contenu de ses notes d'entretien afin de contextualiser les différents éléments du verbatim. Ces verbatim ont été produits sur le logiciel de traitement de texte Word, puis téléversés dans le logiciel QDA Miner 5.0 afin d'en faire l'analyse. Tous les documents électroniques produits sont protégés à l'aide d'un mot de passe les rendant accessibles uniquement par l'étudiante chercheuse ainsi que ses deux directrices de mémoire. Les documents papier ont été numérisés puis entreposés dans un classeur fermé à clé dans le bureau de la directrice de mémoire. Le format numérique des documents papiers sont protégés à l'aide d'un mot de passe.



## Méthode d'analyse

Pour les verbatim retranscrits, une analyse thématique continue, selon Paillé et Mucchelli (2016), a été effectuée. Cette analyse des données a été faite à l'aide du logiciel d'analyse QDA Miner 5.0. Comme l'indiquent Paillé et Mucchelli (2016), cette analyse commence par la lecture d'un premier verbatim, et ce, sans procéder à un découpage du texte. Cette première étape permet de s'immerger dans le témoignage de la personne. Une prise de notes en marge du texte a été faite en concomitance avec un relevé de thèmes. Le relevé de thèmes est constitué de « l'ensemble des thèmes générés au cours de l'analyse » (Paillé et Mucchelli, 2016, p.275). Le relevé de thèmes a été validé par les deux directrices de mémoire de l'étudiante chercheuse, et ce, à chaque étape de l'analyse. Lors de la création de thèmes, l'étudiante chercheuse a tenté de créer des thèmes précis et en lien étroit avec le discours de la participante. L'importance accordée à l'utilisation d'un niveau d'inférence faible lors de la genèse des thèmes facilite la création ultérieure d'un arbre hiérarchique. Ce faible niveau d'inférence permet également à l'étudiante chercheuse d'éviter de catégoriser à tort certains thèmes, puisqu'elle recherche, pendant la création de ceux-ci, une correspondance étroite avec le discours de la participante, tel que présenté dans le tableau d'exemple de thématisation (Appendice K).

Lors de l'analyse du deuxième et du troisième verbatim, l'étudiante chercheuse a continué d'élaborer son relevé de thèmes, tout en veillant à détecter les récurrences des thèmes. Un journal de thèmes a également été tenu afin de documenter « les éléments thématiques saillants ainsi que les exercices de regroupements thématiques » (Paillé et Mucchelli, 2016, p. 274).

À partir de l'analyse du quatrième verbatim, l'étudiante chercheuse a débuté le regroupement des thèmes dont quelques exemples ont été consignés dans l'appendice L. Ceci a permis l'enrichissement du journal de thématisation ainsi que de débiter l'analyse du relevé de thèmes.

Finalement, le cinquième verbatim a permis de valider et préciser les thèmes relevés précédemment. À ce stade-ci, le relevé de thèmes a également fait l'objet d'une analyse. Suite aux vérifications et aux discussions avec les deux directrices de mémoire, les regroupements et le

classement hiérarchique des différents thèmes ont permis de construire un arbre thématique provisoire (Tableau 1). Les premiers résultats d'analyse des verbatim ont fait l'objet d'une validation par les participantes. De fait, les participantes ont été contactées individuellement par courriel (Appendice J). Elles ont été invitées à prendre connaissance des premiers résultats d'analyse afin de pouvoir émettre leurs commentaires. Aucune des participantes n'a recontacté l'étudiante chercheuse afin d'émettre des corrections, spécifications ou commentaires lors de ce retour sur les résultats.

Tableau 1: Arbre thématique provisoire

<b>PRI</b>	
Accompagnement et Besoins	Qualité de l'accompagnement
	Relation dans l'accompagnement
	Personnes ressources
Activités et structure du PRI	Exposition
	Méthode d'enseignements
Utilisation des ressources	Connaissances spécifiques
	Autonomisation de l'utilisation des ressources
<b>Développement professionnel</b>	
Définition de la compétence	Floue, mais reliée à l'agir + notion de temporalité/progression
Pratique dynamique	Amélioration de la pratique
	Diversité/Étendue de la pratique
	Mise à jour constante
	Objectifs ajustables
Progression dans le développement professionnel	Partage des connaissances
	Pratique réflexive

La création et l'analyse des différents documents (relevé de thèmes, journal de thèmes et arbre thématique) ont été, après quelques verbatim, effectuées de façon simultanée. La construction et l'élaboration de résultats se sont faites de façon progressive et ne pouvaient se dire définitives tant que de nouvelles données arrivaient. Les thèmes ont été sujets à modification jusqu'à la toute fin du processus d'analyse (Paillé et Mucchelli, 2016). Les deux directrices de mémoire de l'étudiante chercheuse ont contribué à la validation des thèmes et de l'arbre thématique à toutes les étapes du processus d'analyse des verbatim. L'analyse et la réorganisation de l'arbre thématique provisoire a permis de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes finaux.

## **Critères de rigueur scientifique**

Les critères de rigueur scientifique de la présente étude reflètent la posture épistémologique dans laquelle se place celle-ci. L'ouvrage de Polit et Beck (2018) a donc servi de référent, puisque celui-ci reprend l'ensemble des critères de rigueur scientifique énoncés par Lincoln et Guba (1985).

### **Transférabilité.**

La transférabilité renvoie à la capacité des résultats à être généralisés, ou bien, appliqués ailleurs que dans le contexte choisi par une étude. Or, contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne vise pas la généralisation, mais bien l'unicité de l'expérience de la personne (Polit et Beck, 2018). Polit et Beck (2018) indiquent, qu'afin d'atteindre cette transférabilité, il importe de comprendre le contexte commun qui permet au chercheur de tirer certaines conclusions. Voyant la réalité comme étant une réalité subjective, mais socialement construite, le constructivisme de Guba et Lincoln (1985, cité dans Poupart et al., 1997) recherche, dans cette transférabilité, une description détaillée de ce contexte dans lequel s'est déroulée l'étude qui permettra de retrouver le contexte dans lequel les résultats sont transférables. Ainsi, l'étudiante chercheuse a pris soins de détailler minutieusement le contexte et le déroulement de son étude ainsi que les limites de celle-ci.

### **Confirmabilité.**

Comme le mentionnent Polit et Beck (2018), la confirmabilité repose sur le fait que les données récoltées ne sont pas le fruit de l'imagination du chercheur et reflètent bien la réalité exprimée par les participants. Pour s'assurer de cette concordance entre les données récoltées et les formulations faites par l'étudiante chercheuse, celle-ci a procédé à une vérification par les participantes. Afin de s'assurer que les propos des participantes ont été synthétisés de façon à refléter leur pensée, la fiche synthèse de chaque entretien individuel a été envoyée à la participante concernée. Ce processus permettait à la participante de corriger ou préciser ses pensées si elle le désirait. De plus, les premiers résultats d'analyse ont été présentés aux participantes. Dans une

posture épistémologique constructiviste, l'expérience du participant est au cœur de la recherche. Les participantes devraient donc être en mesure de se reconnaître dans les résultats présentés par l'étudiante chercheuse. Comme le mentionne Birt et al. (2016), cette validation par les participantes permet d'augmenter la confirmabilité des résultats d'une étude qualitative.

De plus, l'analyse des données a été faite grâce à la collaboration établie entre l'étudiante chercheuse et ses deux directrices de mémoire. Cette participation de plusieurs chercheurs augmente la confirmabilité des résultats grâce à une triangulation des chercheurs (Polit et Beck, 2018). L'analyse a été faite par plusieurs chercheurs tout au long du processus de thématization. Comme l'indiquent Polit et Beck (2018), ceci permet aux chercheurs de s'entendre sur la signification et l'importance des thèmes utilisés lors de l'analyse des données. Cette consultation entre les chercheurs permet de valider les résultats et de créer une uniformité dans l'utilisation et l'attribution des thèmes.

### **Crédibilité.**

L'objectivité en recherche qualitative n'est pas nécessairement désirée. Selon l'approche utilisée dans la présente étude, l'étudiante chercheuse s'est efforcée d'identifier les biais possibles. L'étudiante chercheuse s'est aussi efforcée de les mettre de côté afin de s'assurer que les résultats reflètent bien le contexte de l'étude ainsi que les dires des participantes (Polit et Beck, 2018). En plus des retours aux participantes évoqués plus haut, la tenue du journal de bord et la présence de mémos analytiques lui ont permis d'identifier ces biais, puisque ceux-ci sont le fruit de réflexions tant profondes que spontanées (Polit et Beck, 2018).

### **Fiabilité.**

La fiabilité renvoie à la stabilité des données dans le temps et selon le contexte (Polit et Beck, 2018). La tenue d'un journal de bord ainsi que la triangulation des chercheurs assurent dans cette recherche une fiabilité des données.

## **Authenticité.**

L'authenticité d'une recherche qualitative réfère à la façon dont le chercheur dépeint, de façon réelle et juste, les différentes réalités pouvant exister dans le contexte étudié (Polit et Beck, 2018). Une description du contexte ainsi qu'une triangulation des données, possible grâce à la contribution des participantes à l'étude, témoignent de l'authenticité des résultats. Aucune observation prolongée n'a par contre été faite.

## **Considérations éthiques**

Le consentement aux fins de participation à une étude doit d'abord être donné de façon libre et éclairé par les participantes (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018). Les différents documents expliquant la nature de l'étude incluent ainsi des précisions quant au but de la recherche, la nature de leur implication ainsi que sur les retombées possibles de la recherche. L'étudiante chercheuse a été disponible, par courriel, afin de répondre aux questions des participantes. Lors d'échange d'informations par courriel ou par rencontre téléphonique ou en personne, l'étudiante chercheuse a explicité les mesures mises en place afin d'assurer la confidentialité des données recueillies en expliquant le processus de collecte des données, et de gestion des données. Elle a également explicité la possibilité pour les participantes de se retirer à tout moment de l'étude, et ce, sans aucune conséquence. Le retrait de l'étude aurait impliqué, le cas échéant, la destruction des données recueillies (enregistrements audio et transcriptions de verbatim). Lors du rendez-vous pour la tenue de l'entretien individuel semi-dirigé, l'étudiante chercheuse s'est assurée de récolter le formulaire d'information et de consentement dûment signé avant le début de l'enregistrement audio. Elle a par la suite fait une lecture d'un texte prérédigé (Appendice H) explicitant les conditions et modalités de participation à cette étude.

Afin d'assurer la confidentialité des données, plusieurs mesures ont été mises en place. Tout d'abord, les noms des participantes ont été conservés que dans un dossier verrouillé par un mot de passe indiquant le code de la participante. De cette façon, seulement l'étudiante chercheuse est en mesure de retracer les participantes. Également, les fichiers Word et QDA Miner 5.0 sont verrouillés avec un mot de passe qui n'est accessible que par l'étudiante chercheuse ainsi que ses

deux directrices. Lors de la transcription des entretiens individuels et de la production des fiches synthèses, les documents écrits ont été anonymisés afin de ne pas être en mesure d'identifier les participantes ou toute autre personne nommée durant les entretiens. Pour la validation par les participantes, l'étudiante chercheuse est entrée en contact avec chacune d'elles par courriel et de façon individuelle (Appendice J), avec son courriel institutionnel de l'Université de Montréal. Tout au long de la collecte de données et de la rédaction de matériel aux fins de publication (mémoire ou articles), des codes alphanumériques ont été utilisés afin de remplacer les noms des participantes. Aucune information relevant des questionnaires de données sociodémographiques susceptibles de rendre l'identification des participantes possible n'a été associée aux verbatim utilisés dans les différentes publications.

Enfin, comme l'indique le Conseil en sciences humaines du Canada, le Conseil en sciences naturelles et génie du Canada et l'Institut de recherche en santé du Canada (2018), lors de la tenue d'une recherche, nul ne sait quels résultats pourront en découler. Il est donc important de prévoir que les participantes soient bien accompagnées advenant la survenue d'événements et de souvenirs pouvant les affecter et leur porter préjudice. Comme plusieurs études l'indiquent (Dwyer et Revell, 2016; Maresca et al., 2015; Regan et al., 2017), les IND vivent souvent de l'anxiété et pourraient également faire face à de la violence horizontale dans leur milieu. Il n'est donc pas impossible qu'une participante ressente un besoin d'accompagnement à cet égard. Un aide-mémoire, conçu par l'étudiante chercheuse, contenant une liste de ressources professionnelles et psychologiques, internes et externes à l'établissement (Appendice I), a été remis à chaque participante à la fin de chacun des entretiens individuels semi-dirigés. Une disponibilité de l'étudiante chercheuse a également été offerte afin de rediriger les participantes vers les ressources appropriées, au besoin.

## **CHAPITRE 4 : Résultats**

Dans ce chapitre, une description des participantes et de leurs caractéristiques sera tout d'abord présentée. Ensuite, quatre thèmes et cinq sous-thèmes issus de l'analyse des données seront présentés et décrits. Finalement, une schématisation des résultats sera proposée.

### **Description des participantes**

Au total, six infirmières ont participé à l'étude. Elles satisfaisaient les critères d'inclusion à la recherche. Elles avaient donc toutes intégré le PRI durant les six premiers mois de leur pratique et l'avaient terminé depuis au maximum un an lors de l'entretien individuel semi-dirigé. Deux d'entre elles étaient âgées de 24 ans et moins, trois avaient entre 25 et 29 ans et une avait entre 30 et 34 ans. Toutes les participantes s'identifiaient au genre féminin. Cinq d'entre elles avaient un baccalauréat comme diplôme d'entrée à la profession infirmière et une seule un diplôme d'études collégiales. En ce qui a trait au nombre de mois d'exercice avant d'entrer dans le PRI, une seule avait trois mois d'expérience, tandis que les cinq autres n'avaient aucune expérience clinique avant leur entrée dans le programme. Toutes occupaient un poste de quatre jours par semaine. Deux avaient des postes de rotation jour/nuit, deux des postes de rotation jour/soir et deux des postes de nuit. Avant leur entrée dans la profession, une seule n'avait aucune expérience dans le domaine de la santé, trois avaient exercé comme externe en soins infirmiers les deux étés précédant leur entrée dans la profession, et deux autres avaient plus de 2 ans d'expérience dans un emploi relié au domaine de la santé. Afin de préserver l'anonymité des participantes, des noms fictifs leur ont été attribués lors de l'identification des verbatim.

### **Résultats de l'analyse des données**

L'analyse des données recueillies lors des entrevues individuelles visait à explorer les perceptions d'infirmières ayant participé à un PRI comme IND sur une unité de soins intensifs en néonatalogie au processus de développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues ». Quatre thèmes et cinq sous-thèmes finaux constituent les résultats de cette étude (Tableau 2).



Tableau 2: Thèmes et sous-thèmes finaux

Thèmes	Sous-thèmes
Le développement professionnel au service de l'amélioration continue de la pratique infirmière	
L'évolution de la vision de la pratique infirmière	
L'évolution des moyens pour assurer le développement professionnel	Pratique réflexive
	Mise à jour des connaissances
	Partage de connaissances
Le programme de résidence infirmière, une possibilité de levier au développement professionnel	Besoin d'accompagnement
	Activités et structure du programme de résidence infirmière

Les résultats de l'analyse comportent quatre thèmes et cinq sous-thèmes (Tableau 2). Les trois premiers thèmes permettent de comprendre la perception qu'ont les participantes de leur compétence à assurer leur développement professionnel de manière plus générale. Cette perception est en lien étroit avec leur vision de la pratique infirmière et de l'amélioration de la qualité des soins. À la suite de la présentation de ces thèmes, la perception des participantes à l'étude sur la contribution du PRI au développement de leur compétence à assurer leur développement professionnel sera explicitée relativement aux deux autres thèmes.

### **Le développement professionnel au service de l'amélioration continue de la pratique infirmière.**

Avant de décrire la définition du développement professionnel (DP) telle que perçue par les participantes à l'étude, il est important de rappeler que l'établissement de santé où l'étude a été menée reconnaît la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues ». Les infirmières de l'établissement ont, lors de leur arrivée en fonction, été exposées au référentiel de compétences infirmières, volet clinique, qui

contient sept compétences infirmières (CHU Sainte-Justine, 2014). La compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement professionnel de ses collègues » est l'une de ces sept compétences. Elle est décrite sur quatre étapes de développement, de débutante à experte, par des indicateurs de développement pour chacune des étapes (CHU Sainte-Justine, 2014).

Cependant, les participantes de l'étude ne reconnaissent pas le fait d'assurer son DP comme étant une compétence. Le développement professionnel est d'ailleurs un concept qu'elles ont peine à décrire et à cerner lorsqu'on leur demande de le définir précisément. Elles mentionnent toutefois des éléments liés à la temporalité et à la progression constante dans la façon d'assurer leur développement professionnel. Ainsi, l'analyse des données fait ressortir que le développement professionnel est, pour elles, une pratique dynamique faisant partie intégrante de leur pratique infirmière au quotidien, sans pour autant être associée à une compétence. Le DP est plutôt perçu, par les participantes, comme l'ensemble des moyens pris afin de s'assurer de la qualité et de l'amélioration constante de leur pratique infirmière. Cette amélioration de la pratique infirmière est, selon elles, un moyen d'assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Ensuite, les objectifs du DP, ainsi que les moyens pris afin d'assurer un DP, évolueront tout au long du parcours de l'IND, en fonction de sa perception de la pratique infirmière.

[Le développement professionnel], c'est à quel point une personne va chercher des connaissances, notamment de ses collègues... des formations qui lui sont données, pour justement arriver à... une pratique optimale puis sécuritaire pour les patients. (Justine)

Le développement professionnel, c'était au début « j'apprenais à devenir infirmière ». Je [ne] le savais pas c'était quoi le travail d'infirmière, t'sais, j'avais juste eu des stages, fait que c'était premièrement de devenir une bonne infirmière, d'acquérir les bases, les techniques, de développer mon jugement. Pis plus ça l'a avancé, ben plus mon... mon parcours a évolué pis plus je cherchais des choses. Au début, j'allais travailler un peu pour aller à la maîtrise, je voulais faire peut-être enseignement ou peut-être IPS. Au fur et à mesure, ben là peut-être que mes plans ont un peu changé. (Julie)

## **L'évolution de la vision de la pratique infirmière.**

Lorsque questionnées sur leur début de parcours, les participantes évoquent leur pratique infirmière et leurs apprentissages comme étant majoritairement en lien avec des soins prodigués aux patients. Elles se concentrent sur leur propre pratique auprès des patients et de leur famille. Leurs activités de développement professionnel sont dirigées vers un objectif d'amélioration des soins directs prodigués aux patients et de leur capacité à intervenir dans une situation donnée. Plus elle avance dans son parcours professionnel, plus elle tend à élargir sa vision de la pratique infirmière. Certaines participantes ont évoqué être maintenant en mesure de prendre du recul face à des situations spécifiques, afin de voir leur pratique dans des contextes plus globaux. Une fois familière et à l'aise avec un type de soins ou un type de situation clinique, elles réalisent qu'elles comprennent mieux les processus qui justifient les gestes et procédures mis en application.

Un moment donné tu prends un peu de tout pis tu te dis : « Ben, j'ai compris comment que ça fonctionne. J'ai compris les recommandations sécuritaires des dernières données probantes, fait que je pense que... » Tu formes ta propre personnalité pis ton propre type de professionnel à travers les années. (Ariane)

Ainsi, au fil du temps, leur vision de la pratique infirmière passe de l'amélioration d'un soin ou d'une intervention en lien avec une situation clinique spécifique, à l'amélioration des processus de soins dans un contexte plus général et dépassant la pratique infirmière individuelle. Par exemple, les participantes mentionnaient se questionner tout d'abord sur les bienfaits d'un soin spécifique ainsi que sur l'optimisation de leur prise en charge d'un cas en particulier. À travers leurs expériences, les participantes remettent en question les processus de soins en considérant le contexte global de soins, plutôt que le contexte d'un cas clinique spécifique.

Quand t'as acquis les techniques, après ça c'est plus facile de... de développer tes connaissances, après [je me dis] « Ok, je peux faire la [technique] et me concentrer sur [autre chose] ». (Léa)

Plus j'avance ma pratique professionnelle, plus il y a des choses qui m'intéressent davantage. (Julie)

Toujours en ayant pour objectif l'amélioration de la qualité des soins, les participantes mentionnent développer et diversifier leur pratique de différentes façons durant leur parcours. Ce développement de la pratique commence par la pratique directe auprès des patients et la diversification des types de cas cliniques qu'elles prennent en charge. Selon les participantes, l'exposition progressive à différents cas au sein du PRI semble permettre de diversifier et d'accroître la pratique de l'IND. Par exemple, en passant des soins intermédiaires aux soins intensifs, l'infirmière du PRI doit acquérir de nouvelles connaissances et habiletés qui lui permettront de prendre en charge des situations de soins plus complexes.

Aux soins intermédiaires, comme j'expliquais tantôt, j'avais atteint une certaine stabilité... après [avoir été] à l'aise durant une certaine période, je me suis dit : « Bon, ok, il est temps qu'il y ait quelque chose de nouveau qui s'installe ». (Justine)

Cette réflexion à partir de la pratique individuelle évolue ensuite vers des ambitions dépassant la pratique infirmière directe auprès des patients et des familles. Par exemple, les participantes souhaitent s'impliquer au sein de comités ou obtenir un poste en formation infirmière ou en administration des soins infirmiers. Ces ambitions de développement de carrière sont possibles, selon les participantes, en se fixant des objectifs à court ou à long terme, reliés à ces domaines. L'atteinte de leurs objectifs leur permettrait d'assumer des rôles, tels que celui de préceptrice, d'assistante infirmière-chef ou même, de cheffe d'unité. Bien que toutes les participantes n'entrevoient pas ces implications et ces ambitions dans un futur rapproché, elles ont évoqué à tout le moins intérêt d'y parvenir. La progression des moyens utilisés par les participantes pour assurer leur DP est en étroite relation avec l'évolution de leur vision de la pratique infirmière.

[Depuis la fin du PRI] j'ai été préceptrice de stage pour l'Université de Montréal. Là je suis en train de former une nouvelle. Fait que, t'sais, je touche un peu au cadre formation. Je

fais, à l'Université de Montréal aussi un peu de tutorat. J'explore un peu ça pour voir : « Ah, ben, est-ce que ça me tenterait d'aller par-là? (Stéphanie)

### **L'évolution des moyens pour assurer leur développement professionnel.**

Tout comme dans la façon dont les participantes ont mentionné voir leur pratique infirmière progresser, les moyens d'assurer leur DP évoluent aussi. Comme mentionné plus tôt, les visées de DP sont en constante évolution pour les participantes, en fonction de leurs objectifs de carrière, de leurs besoins d'apprentissage et de leur implication dans l'unité de soins, ou plus globalement, dans l'établissement de soins.

Il y a un objectif, des objectifs même, selon la personne, selon ses capacités, ses connaissances, ses compétences même. Donc tout dépendant de la personne elle-même, il y a des objectifs qui peuvent être posés. (Justine)

Les participantes ont mentionné des éléments clés suggérant le lien entre cette évolution dans l'utilisation des moyens permettant le DP et la progression des objectifs d'amélioration de leur pratique infirmière. Les trois principaux moyens par lesquels les participantes ont évoqué assurer leur DP sont la mise à jour des connaissances, la pratique réflexive ainsi que le partage de connaissances.

#### *Mise à jour des connaissances.*

L'évolution des objectifs fixés par l'IND afin de répondre à l'amélioration de la qualité des soins qu'elle prodigue implique, selon les IND participantes, qu'elle doit effectuer une constante bonification et remise en question de ses connaissances. Cette bonification peut être effectuée de plusieurs façons. Bien que les formations en salle, obligatoires ou non, soient perçues comme la façon la plus répandue d'assurer son DP selon les IND participantes, celles-ci n'excluent pas les apprentissages faits à même leur pratique clinique. Selon elles, la pratique clinique est une source inépuisable de questionnements pour lesquels elles perçoivent qu'il leur incombe de trouver la réponse. Bien qu'elles soient accompagnées dans ce qu'elles nomment comme de la « mise à niveau des connaissances » en début de parcours, certaines IND participantes ont mentionné

apprendre à aller chercher les ressources nécessaires afin d'effectuer elles-mêmes ces apprentissages de nouvelles notions selon leur parcours, leurs forces, leurs défis et les intérêts qui leurs sont propres.

Donc, tu sais ce que t'as à faire. Maintenant, c'est à savoir comment le... bien le faire pour être sécuritaire et pour justement toujours te développer dans ta pratique. Alors être compétent c'est... c'est pas nécessairement tout savoir, mais c'est de connaître où aller chercher les informations pour bien faire et mieux faire pis toujours te mettre à jour. (Ariane)

### *Pratique réflexive.*

L'analyse des données met en lumière une transformation de la pratique réflexive qui permet à l'IND de remettre en question, comme mentionnée plus tôt, les processus et enjeux globaux de sa pratique, en plus de ses actions au quotidien auprès des patients. Les IND participantes ont mentionné faire une pratique réflexive sur des interventions spécifiques lors de la prise en charge de situations cliniques, et ce, dès le début de leur parcours. Elles réussissent à remettre en question leurs actes et soins en les isolant du cas clinique et du contexte global dans lequel elles sont intervenues.

Fait que c'est... c'est soit tout de suite ou tout le temps à la fin de la journée, je me dis tout le temps : « Est-ce qu'il y a quelque chose que j'aurais pu faire de mieux? » (Léa)

Plus tard dans leur parcours, les participantes mentionnent une pratique réflexive ouverte à des enjeux plus globaux sur la pratique infirmière, plutôt que sur leur pratique individuelle. Par exemple, elles se questionneront sur des enjeux éthiques entourant la situation socioéconomique d'une famille dont l'enfant est hospitalisé.

Comme on parlait ce matin avec nos présentations [les réflexions] étaient au niveau éthique. C'est par rapport à la qualité de vie, c'est quand [qu']on arrête l'acharnement? T'sais, un 24 semaines versus une personne de 30 ans, on dirait que pour

moi c'est vraiment différent. Elle est où la limite de qu'est-ce qu'on fait? qu'est-ce qu'on continue? qu'est-ce qu'on arrête? (Stéphanie)

### *Partage de connaissances.*

Selon les participantes, le partage de connaissances se fait, en premier lieu, à sens unique, dans l'objectif d'aller puiser, chez des collègues, des connaissances nécessaires à l'amélioration de leur pratique. Dès la fin de leur participation au PRI, les participantes mentionnent être en mesure de partager, à leur tour, leurs connaissances et leurs expériences afin d'en faire bénéficier les autres. Selon les participantes, ce partage de connaissances dans les deux sens est possible lorsqu'elles se sentent cliniquement confiantes dans un type de situation donné. Elles s'engageront dans un partage de connaissances avec leurs collègues, lorsqu'elles ont le sentiment d'être compétentes dans le domaine ou le sujet au cœur du partage.

Pour les nouvelles recrues qui rentrent, je peux partager mon expérience à moi, comment ça s'est déroulé. Pis c'est sûr que je le fais activement puis c'est une des façons comment je peux partager... mes connaissances pis mon expertise... (Justine)

En somme, les participantes ont évoqué utiliser les trois moyens de DP, soit la mise à jour des connaissances, le partage des connaissances et la pratique réflexive. Ces moyens sont, par contre, utilisés de façon différente selon où elles se considèrent dans leur étape de développement et concordent avec leur vision de la pratique infirmière. Cette évolution est présente tout au long du PRI.

### **Le programme de résidence infirmière, une possibilité de levier au développement professionnel.**

Comme évoqué plus tôt, les participantes perçoivent le DP non pas comme faisant partie d'une compétence, mais bien comme un ensemble de moyens pris dans le but d'améliorer et d'optimiser, de façon constante, la qualité des soins prodigués aux patients et aux familles de façon individuelle et collective. Les participantes de l'étude ont évoqué plusieurs éléments du PRI qui les ont aidés ou nuis à parvenir à cette amélioration de la qualité des soins qu'elles prodiguent.

Selon les participantes, le PRI a su répondre à certains besoins de DP, tels que la disponibilité de ressources externes (p. ex., documentation, personnes ressources dédiées), l'autonomisation de l'utilisation de ces ressources, ainsi que l'utilisation de méthodes pédagogiques permettant une intégration graduelle des apprentissages. À l'inverse, le manque de personnalisation du rythme d'apprentissage et le décalage entre l'apprentissage théorique et son application dans la pratique clinique ont été, selon les participantes, des contraintes au développement de leur pratique infirmière. Ces différents éléments, qui sont explorés plus en profondeur dans la présente section, permettent de mettre en lumière la perception que les participantes ont de l'influence du PRI dans ce qu'elles perçoivent comme étant du DP et ainsi, répondre à la question de recherche.

Lors de leur entrée à l'USIN, les participantes indiquent s'être vues confrontées à une pratique clinique leur étant peu familière, puisque spécifique de par la nature surspécialisée des soins sur cette unité. Les participantes évoquent un besoin d'acquérir des connaissances spécifiques afin de pouvoir prodiguer des soins sécuritaires et de qualité.

En néonate, vu qu'on voit pas ça partout à l'école, on a comme pas le choix d'avoir plus de théorie ici. Fait que je le vois comme des outils pour avancer..., avec des formations, c'est comme ça [que] je peux m'améliorer ou [avancer] par moi-même aussi, là. (Léa)

Tout au long de leur parcours dans le PRI, les participantes développent une autonomie dans l'utilisation des ressources qui sont à leur portée. Construites dans l'optique d'encourager les IND à utiliser leurs ressources internes et externes de façon autonome, les activités du PRI sont pensées en fonction de laisser les IND trouver les informations et notions nécessaires à leur progression, tout en leur offrant du soutien dans leurs apprentissages (CHU Sainte-Justine, 2018). Cette autonomisation progressive de l'utilisation des ressources, nécessaire à la progression des compétences, permet, selon les participantes à l'étude, de répondre au besoin constant d'apprentissages évoqué plus tôt.

Le programme de résidence, oui c'est une chose, mais... je veux dire, ça nous permet justement d'aller... d'aller plus loin, d'aller chercher des réponses pis des questionnements par nous-mêmes. T'sais, ça nous met pas les réponses dans notre bouche, ça nous met pas...



c'est pas une recette gagnante qui tombe du ciel. Mais je veux dire, ça nous permet justement d'avoir une facilité d'aller chercher par nous-mêmes des ... la réponse à nos questions, puis les outils nécessaires. (Justine)

*Besoin d'accompagnement.*

L'objectif principal du PRI étant de favoriser une intégration au milieu de travail, des stratégies pouvant favoriser le développement des différentes compétences de l'IND ont été mises en place (CHU Sainte-Justine, 2018). On retrouve, par exemple, l'acquisition graduelle des connaissances spécifiques à l'unité de soins ainsi que l'accompagnement par des infirmières d'expérience lors de situations cliniques nouvelles. Certains éléments de ces stratégies semblent, selon les participantes, avoir plus d'incidence sur le développement de leurs compétences, dont le DP, pour prodiguer des soins de qualité. Dans cette perspective, les participantes ont évoqué un besoin d'accompagnement dans le développement de leurs compétences mises en œuvre dans leur pratique infirmière au quotidien.

Quand il y a une nouveauté quelque part ça nous... ça nous met un peu de stress, d'anxiété. [...] C'est sûr que ça m'a soulagée un peu de savoir que le programme de résidence était quand même bien développé... (Justine)

Lorsque les participantes ont mentionné l'accompagnement individuel offert par le PRI, un manque de constance dans la personnalisation de celui-ci ressortait. Les participantes auraient apprécié que la progression dans la complexité des situations cliniques prises en charge soit plus flexible et ajustable. Tandis que certaines participantes auraient aimé une progression plus rapide, d'autres ont évoqué un besoin d'accompagnement plus prolongé à certains moments. L'incapacité de pouvoir, à certains moments, exprimer ses limites ou ses besoins d'apprentissage est un élément évoqué par les participantes. Le respect des limites et des besoins ressort comme un élément important et essentiel d'un bon accompagnement, selon les participantes.

C'est sûr que quand j'étais aux soins [intermédiaires], j'ai trouvé le programme quand même long. J'ai eu une période aux soins [intermédiaires] que j'étais comme un peu plus... pas à l'aise, là, mais je veux dire que je sentais que ça stagnait. (Justine)

J'ai répété 20 fois que c'est la première fois que j'avais un patient, que je suis CEPI, que je suis comme... j'ai besoin d'encadrement. Pis la personne qui vient te voir te dis : « On le fera à l'admission. » Non, je suis en train de te dire mes besoins. Je suis en train de t'expliquer mes limites pis j'ai l'impression qu'elles ne sont pas respectées. (Ariane)

Que les limites des participantes soient ou non exprimées de façon adéquate, la nécessité d'avoir un environnement et une équipe qui leur permettent de faire entendre leurs besoins est également essentielle à la qualité de l'accompagnement. Un manque d'écoute des besoins exprimés par l'IND mènera, selon les participantes, à un manque d'ajustement de l'accompagnement en fonction de la progression de celle-ci.

Différents intervenants, tels que des conseillères en soins infirmiers (CSI), les assistantes-infirmière-chef (AIC) et des préceptrices, agissent à titre de personnes-ressources auprès des participantes du PRI. La présence et l'accessibilité de personnes-ressources clairement identifiées au PRI, comme les CSI, crée un sentiment de sécurité selon les participantes. La présence constante des CSI, ainsi que la connaissance qu'elles ont quant au parcours individuel de chaque IND, constituent une ressource primordiale pour répondre à leurs questionnements. La relation de confiance établit avec les autres intervenants, comme les AIC et les préceptrices, est un aspect qui est primordial, selon les participantes. Celui-ci varie, par contre, d'un intervenant à l'autre et d'une IND à l'autre, laissant parfois peu de place à l'établissement d'un climat de confiance. Certaines participantes évoquent que la relation de confiance établie avec ces différents intervenants est à la base de la capacité de l'IND à faire entendre adéquatement ses besoins d'accompagnement et de formation.

Avec les conseillères, t'sais, leur... leur écoute, je pense que c'est quelque chose qui est vraiment bien. Quand j'ai commencé mon orientation pratique [avec les autres intervenants] sur le plancher, là, j'ai trouvé ça vraiment difficile. (Julie)

### *Activités et structure du programme de résidence infirmière.*

La structure du PRI prévoit que les IND puissent bénéficier d'une alternance entre les activités d'enseignement en classe, présentées sous forme d'ateliers et d'analyses de situations cliniques (apprentissage par problèmes), et la pratique clinique auprès des patients. Cette alternance, entre l'enseignement en classe et la pratique, est à la base du PRI, et a pour but d'incorporer graduellement les apprentissages et ainsi, permettre aux IND de faire des liens entre ces nouvelles connaissances et leurs expériences vécues (CHU Sainte-Justine, 2018). Cette alternance permet effectivement, selon les participantes, une pratique réflexive plus tangible, puisque celle-ci a été ou sera associée à une expérience réelle. L'exposition graduelle aux cas cliniques de diverses complexités est perçue, par les participantes, comme étant un élément favorable à l'intégration de leurs apprentissages ainsi qu'au développement de leur pratique clinique.

Bien que cette alternance des méthodes pédagogiques semble avoir été bénéfique pour plusieurs participantes, certaines lacunes restent présentes. Par exemple, le manque d'exposition ou de récurrence de situations cliniques faisant appel aux nouveaux apprentissages est perçu comme un frein à la mise en application rapide des nouvelles connaissances. De manière générale, cet aspect était, selon les participantes, nuisible à l'intégration des apprentissages et, par le fait même, au développement des compétences à exercer dans leur pratique clinique. Les participantes ayant évoqué l'absence de mise en application rapide des apprentissages disaient se sentir moins à l'aise et moins en mesure d'offrir des soins, qu'elles perçoivent comme étant de qualité, lors de situations cliniques nouvelles pour elles ou complexes.

Oui, c'est bien d'avoir des formations, oui c'est bien de pouvoir les mettre en application, mais si tu ne les mets pas en application [rapidement], ça va être plus difficile dans un an quand je vais en avoir de me rappeler tout ce que j'ai vu. (Ariane)

L'apprentissage par problèmes, soit l'acquisition de connaissances déclaratives par l'étude d'une situation clinique, est une des méthodes d'enseignement utilisées dans le PRI. Pour certaines participantes, cette méthode était familière tandis que pour d'autres, elle était complètement inconnue. Même lorsque connue par les participantes, celles-ci ne semblaient pas percevoir de

valeur ajoutée à l'utilisation d'une telle méthode d'enseignement. Plutôt que de devoir rendre une synthèse schématisée des concepts associés aux situations cliniques explorées, les participantes ont évoqué le souhait d'utiliser leurs propres stratégies d'apprentissage.

En contrepartie, peu importe la méthode d'enseignement (ateliers thématiques, laboratoires et simulation), la présence d'une ouverture au dialogue et le contexte d'apprentissage axé sur la pratique clinique du quotidien sont des éléments qui sont ressortis comme étant importants pour les participantes. Ces éléments permettent, selon les participantes, de pouvoir apprendre de leurs expériences et d'aller chercher dans leurs échanges des éléments nécessaires à la progression de leur pratique infirmière.

Pis aussi les rencontres de groupe, ça aussi c'était très enrichissant, je veux dire, tout le monde parle, tout le monde donne leur avis sur une certaine maladie ou... un certain... je veux dire, il y a plein de sujets-là qui ont été discutés durant la résidence. Les cas cliniques, j'ai trouvé ça c'était aussi vraiment très enrichissant. (Justine)

### **Interrelations des thèmes et sous-thèmes**

Bien que l'analyse thématique des données recueillies ait permis d'isoler des thèmes et des sous-thèmes, ceux-ci sont interreliés et permettent de dessiner un portrait de la perception qu'ont les participantes de l'évolution de leur vision de la pratique infirmière et de la mise en œuvre du développement professionnel auquel le PRI contribue. La Figure 2 présente une schématisation de ces liens.

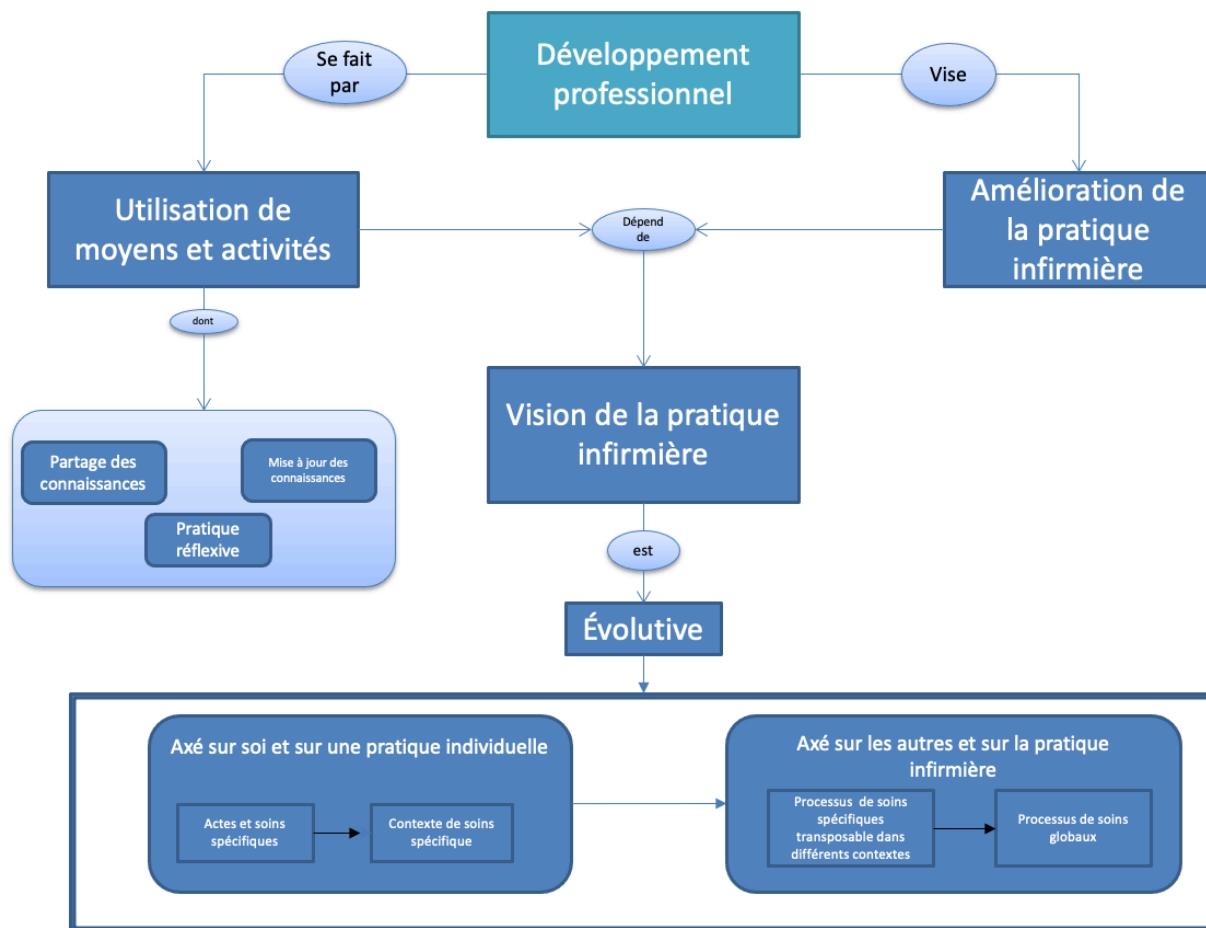


Figure 2: Schématisation de l'interrelation des thèmes et des sous-thèmes

En résumé, les participantes ne perçoivent pas le DP comme un élément central d'une compétence, mais comme un ensemble de moyens permettant l'amélioration de la qualité des soins qu'elles prodiguent. La perception que l'IND a de sa propre pratique infirmière évolue avec le temps, tout comme son aisance dans les soins qu'elle prodigue ainsi que dans sa manière d'utiliser différents outils de DP. L'IND est, lors de son entrée dans le PRI, en plein apprentissage de la spécificité de son nouveau milieu de soins. Elle est, d'abord, centrée sur sa propre pratique. Elle se concentre sur l'acquisition de nouvelles connaissances déclaratives et procédurales lui permettant de maîtriser et comprendre les principes sous-jacents à des concepts et procédures spécifiques. La maîtrise de ces connaissances lui permet, par la suite, d'avoir une meilleure compréhension des soins effectués dans des situations de santé spécifiques à la clientèle de l'USIN.

Sa réflexion évolue, par la suite, vers une compréhension plus large et plus englobante de la pratique infirmière.

En ce sens, le PRI qu'on suivit les participantes permet l'acquisition des connaissances déclaratives et procédurales spécifiques nécessaires à l'exercice de leur pratique infirmière en néonatalogie. Une fois cette intégration faite, la pratique auprès du patient et sa famille, dans un contexte de soins devenu familier, et un sentiment de maîtrise de la pratique directe sont perçus. L'IND se voit ensuite évoluer vers un déploiement de compétences orienté vers une pratique infirmière plus intégrante des différents contextes de soins, et considérant davantage l'étendue de son champ de pratique. Elle peut alors intégrer le soutien du développement des compétences de ses collègues à sa pratique. Son utilisation des outils de DP suit cette même évolution, passant par l'amélioration de soins spécifiques vers l'amélioration de processus et de pratiques de manière plus générale.

## **CHAPITRE 5 – Discussion**

L'analyse des résultats a permis de mettre en lumière plusieurs éléments pertinents relativement à la perception qu'ont les IND de la contribution d'un PRI au développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues ».

Il convient d'abord de rappeler quelques éléments entourant cette compétence. La compétence est décrite, dans la présente étude, comme une mobilisation et une combinaison efficace de ressources internes et externes. Comme l'indique Tardif (2006), cette mobilisation de ressources doit être faite judicieusement lors du déploiement d'une compétence. Aussi, la compétence est définie par des indicateurs. Ces indicateurs sont des « éléments observables [qui] nous renseignent sur la progression de la compétence » (CHU Sainte-Justine, 2014, p. 4). Le tableau descriptif de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » détaille l'ensemble des éléments et indicateurs de la compétence (Appendice B). Ce rappel de la description de cette compétence permettra de situer et alimenter les réflexions tout au long de cette discussion. Trois sujets de discussion seront explorés, soit le développement professionnel comme élément central à une compétence, les facteurs essentiels pour un PRI facilitant le DP, et les besoins non comblés des IND en lien avec les intentions et limites du PRI.

### **Assurer son développement professionnel : une compétence ?**

Les participantes ont décrit le DP comme un ensemble de moyens permettant d'améliorer de façon continue la qualité des soins et la pratique infirmière. Elles considèrent la formation continue comme étant l'un de ces moyens, mais la distinction entre les concepts de DP et de formation continue ne semble pas claire pour elles. On retrouve également cette ambiguïté dans plusieurs écrits. Ainsi, bien qu'une nuance entre ces deux termes soit nécessaire, ils sont parfois utilisés de façon interchangeable (Govarnos et al., 2013 et Pool et al., 2014). La définition donnée par les participantes de ce qu'est le DP rejoint les résultats de plusieurs études, selon lesquelles les infirmières perçoivent le DP comme un processus volontaire permettant l'amélioration de la qualité des soins (Brekelmans et al., 2016; Davis et al., 2016; Horn et al., 2019; Murray et al., 2019; Pool et al., 2013; Price et Reichert, 2017). D'autre part, l'OIIQ définit la formation continue



comme « un processus permanent, actif et soutenu dans lequel l’infirmière s’engage tout au long de sa vie professionnelle à acquérir, au moyen d’activités d’apprentissage, de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences et d’offrir à la population des soins et services de qualité » (OIIQ, 2011b, p. 8). Toutefois, l’OIIQ ne définit pas clairement le concept du DP. Bien que certains éléments de la définition de la formation continue donnée par l’OIIQ s’apparentent à la définition que les participantes donnent pour le DP (comme l’objectif d’offrir des soins de qualité), la formation continue représente pour elles un moyen de se développer professionnellement et non un processus, à part entière, associé au développement d’une compétence.

Les participantes ont également nommé les intérêts personnels et l’engagement volontaire comme étant des éléments qui guident le processus de DP. Cette précision d’engagement volontaire axé sur les champs d’intérêts personnels vient appuyer l’aspect distinctif du DP de la formation continue obligatoire que mentionnent plusieurs auteurs (Davis et al., 2016; Pool et al., 2013, Breckelman et al. 2016). Ces heures de formation obligatoire sont mises en place par les institutions de santé ou les ordres professionnels, comme c’est le cas au Québec (OIIQ, 2011a). Elles visent à s’assurer d’offrir à la population des soins sécuritaires répondant à des normes et standards de pratique. La différence d’objectifs entre une pratique infirmière sécuritaire et une pratique optimale est mise en évidence dans la définition choisie pour cette étude, selon laquelle le DP est un engagement volontaire et continu, qui s’inscrit dans un processus de développement des compétences, et d’implication dans l’amélioration et l’optimisation des pratiques de soins.

Bien que les participantes aient indiqué ne pas percevoir le fait d’assurer leur DP comme une compétence, elles font l’association entre la nécessité de s’investir dans leur DP et le maintien d’une pratique sécuritaire et optimale auprès de leur clientèle spécifique. De plus, le plan de carrière et l’élargissement des champs d’intérêt semble être un élément essentiel du DP pour les participantes. De fait, selon elles, les activités de DP permettent le déploiement de compétences, non seulement cliniques, mais aussi de compétences reliées à différents champs d’activités tels que la formation infirmière et l’administration des soins infirmiers. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs études, indiquant que les nouvelles générations d’infirmières associent le DP au développement de carrière (Horn et al., 2019; Pool et al., 2013; Price et al., 2018; Price et Reichert,

2017). Cependant, le développement de carrière est exclu du libellé de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » du Référentiel de compétences infirmières, volet clinique (CHU Sainte-Justine, 2014), utilisé dans le milieu de l'étude. Si le développement de carrière est au centre du DP pour les IND, on peut mieux comprendre pourquoi elles ont peine à imaginer le fait d'assurer son DP comme une compétence clinique à ce moment-ci de leur pratique professionnelle.

De fait, bien que décrit de façon implicite par les participantes, celles-ci développent bel et bien leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir de développement des compétences de ses collègues » lors du PRI. Effectivement, lorsqu'on considère spécifiquement les indicateurs pour la première et la deuxième étape de développement de cette compétence (Référentiel de compétences infirmières, volet clinique, CHU Sainte-Justine, 2014), les IND rencontrent plusieurs de ces indicateurs. Par exemple, la plupart des participantes reconnaissent être capables d'intégrer les connaissances du milieu, d'assumer leurs responsabilités, de reconnaître leurs limites et de demander de l'aide, au besoin, ainsi que de démontrer une curiosité pour leurs apprentissages, ce qui correspond aux indicateurs de la première étape de développement (infirmière débutante) du référentiel (CHU Sainte-Justine, 2014). Certaines participantes évoquaient même des éléments de la deuxième et de la troisième étape de développement, tels qu'accompagner des étudiantes stagiaires et orienter ses activités de développement selon son champ d'intérêt (CHU Sainte-Justine, 2014). Les participantes se reconnaissent dans les indicateurs de développement de la compétence, tout en ne reconnaissant pas le fait d'assurer son DP comme ayant sa place à titre de compétence dans un référentiel de compétences pour la pratique clinique. Il apparaît évident qu'une ambiguïté existe sur la notion même de compétence, associée au fait d'assurer son DP.

Les participantes à l'étude associent le concept de compétence à la capacité d'intervenir dans des situations spécifiques de soins aux patients. Bien qu'elles perçoivent le caractère développemental et évolutif d'une compétence de façon générale, le concept de compétence demeure, pour elles, associé à un savoir-faire plutôt qu'à un savoir-agir complexe. Or, la prise en charge de leur DP, qu'elles ne considèrent pas comme étant une compétence, est tout de même associée à la recherche d'apprentissages dynamiques qui évoluent selon leurs intérêts. Cette façon

de voir le DP comme un éventail de moyens permettant le développement de la pratique infirmière, par les participantes, entraîne un questionnement sur le choix de mettre le DP au cœur d'une compétence à part entière, plutôt que de le considérer comme une ressource nécessaire au développement de compétences de manière générale. Pourtant, le déploiement des compétences n'est pas destiné à être morcelé. Tout comme les ressources internes et externes qui se combinent pour permettre le déploiement d'une compétence (Tardif, 2006), différentes compétences s'interinfluent lors de leur développement et de leur déploiement. Les ressources nécessaires au développement et au déploiement d'une compétence ne lui sont pas exclusives. Il y aurait probablement lieu de faire une distinction entre les outils de DP, comme ressources nécessaires au développement des compétences de manière générale, et la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues », qui vise une progression de la pratique par le développement de plusieurs compétences.

La vision du concept de DP, selon les participantes, est étroitement liée à leur vision globale de la pratique infirmière. Dès lors, il est possible de s'interroger sur l'inclusion de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » au volet dit clinique d'un référentiel. Il apparaît clair que le concept de DP s'étend au-delà de la pratique clinique, tant selon les participantes, que selon les écrits recensés (Horn et al., 2019; Price et Reichert, 2017; Price et al., 2018).

L'étude menée par Blanchet Garneau et al. (2017) fait ressortir deux perspectives dans les différentes définitions du concept de compétence. D'une part, la notion de compétence est parfois énoncée dans une perspective de standard de pratique qui vise un encadrement de la profession pour une pratique sécuritaire. D'autre part, la notion de compétence peut aussi être définie dans une perspective d'émancipation de la pratique infirmière. Ces deux visions différentes font cependant ressortir l'aspect évolutif de la compétence. Selon Blanchet-Garneau et al. (2017), le concept de DP, mis en parallèle avec le concept de compétence et permettant le développement constant des compétences, est parfois considéré comme du *lifelong learning*. Celui-ci permettrait, à l'infirmière, de constamment viser un niveau d'excellence dans sa pratique. Ce parallèle fait entre le concept de compétence et le concept de DP rejoint la perspective que les participantes ont du DP, soit un ensemble de moyens leur permettant d'améliorer et de faire évoluer leur pratique.

Selon elles, l'utilisation de ces moyens évolue selon l'expérience de l'infirmière ainsi que le contexte dans lequel elle se trouve. Les intérêts personnels de chaque infirmière viennent guider et orienter son utilisation des différents outils de DP. Un même parcours professionnel peut mener à différents cheminements, selon les ambitions. Ceci justifierait l'existence d'une compétence qui propose une progression dans la manière d'utiliser et de diriger les ressources permettant le DP, selon les intérêts, les opportunités et l'engagement de l'infirmière à évoluer dans sa pratique. D'autres cadres de référence existants évoquent, par ailleurs, l'importance et la nécessité d'inclure la trajectoire et le développement de carrière afin d'encourager les meilleures pratiques (Canadian Nurse Association, 2015; Cruess et al., 2004). Comme le mentionne Horn et al. (2019), les infirmières de toutes tranches d'âges reconnaissent l'importance du DP à l'amélioration de la qualité des soins. Les jeunes infirmières (moins de 30 ans) ont, pour leur part, besoin d'encouragement afin de s'investir dans leur DP (Horn et al., 2019). Un cadre de référence, ou une compétence détaillée et reflétant leur vision du DP est donc nécessaire pour que les IND s'y reconnaissent. Sans cette définition claire et inclusive de leur vision du DP, un cadre de référence ou tout autre outil d'encadrement du développement des compétence ne saurait être utile.

### **Facteurs essentiels pour un programme de résidence infirmière facilitant le développement professionnel.**

À la lumière des résultats de l'analyse des données, certains facteurs semblent essentiels afin qu'un PRI puisse faciliter la progression des IND dans leur compétence à assurer leur DP. L'acquisition progressive des connaissances comme première étape, la disponibilité des ressources externes ainsi que les moyens mis en place pour l'atteinte d'indicateurs de la compétence seront discutés.

### **L'acquisition progressive des connaissances, une première étape au développement de toutes compétences.**

Plusieurs études indiquent que, lors de son entrée dans la profession, l'IND a besoin d'intégrer efficacement les apprentissages nécessaires à sa pratique clinique avant de s'investir dans une perspective de DP à long terme (Price et al., 2018; Price et Reichert, 2017). Sans parler

directement du DP, les résultats de l'étude longitudinale de Vanderspank-Wright et al. (2019), menée auprès d'une cohorte d'IND d'un centre hospitalier universitaire de l'est du Canada, suggèrent des éléments importants reliés à leur progression de la pratique infirmière. Effectivement, dans les cinq thèmes liés à la transition des IND à la pratique (transition émotionnelle, transition sociale, l'état d'esprit lors de la transition, transition lors des « premières fois » et la confiance en soi), on peut remarquer qu'au début de sa transition vers une pratique professionnelle, l'IND est centrée sur des tâches techniques et sur l'apprentissage de son organisation de travail. Elle cherche, dans ses interactions sociales et ses apprentissages, le soutien et les outils nécessaires pour être en mesure d'être fonctionnelle sur son unité de soins. Elle se décentre graduellement de ce type de tâches, non pas pour être fonctionnelle, mais pour optimiser sa pratique en intégrant la famille du patient et la collaboration avec ses collègues. Dans une étude menée auprès d'IND (n=4), de préceptrices (n=2), de conseillers en soins infirmiers (n=9) ainsi que d'autres professionnels (n=4) sur le déploiement des compétences d'IND issues d'un programme basé sur l'approche par compétences (APC), Charette (2018) évoque que les IND débutent par se concentrer sur leur pratique et leurs tâches de façon individuelle, avant de s'approprier pleinement leur rôle et de prendre leur place au sein de l'équipe. Charette (2018) ajoute également que certaines préceptrices induisent une pression dans l'accomplissement de tâches plus techniques, en imposant une vitesse d'exécution et même, parfois, une façon de faire.

Selon les infirmières ayant pris part à notre étude, l'acquisition d'une base de connaissances spécifiques à la pratique infirmière en néonatalogie est essentielle afin de développer une pratique infirmière sécuritaire dans ce milieu surspécialisé. Or, elles mentionnent aussi que cette acquisition doit être progressive. Les participantes ont mentionné avoir besoin d'atteindre une pleine intégration de différentes connaissances avant de pouvoir faire le partage de celles-ci avec des collègues. Bien que l'aspect d'acquisition progressive ne soit pas explicité dans le référentiel de compétences utilisé dans le milieu clinique des participantes, on retrouve, dans les indicateurs de développement de la première étape de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues », des éléments essentiels de l'aspect d'acquisition progressive et variable selon les participantes, tels qu'« intègre les connaissances spécifiques du milieu », « connaît ses limites et demande de l'aide au besoin » ainsi que « partage ses connaissances avec ses pairs » (CHU Sainte-Justine, 2014, p.16).

Même si l'aspect de progression des apprentissages n'est pas explicite dans les indicateurs du référentiel, le format du PRI, qui s'appuie sur des principes d'APC, vise tout de même à répondre à ce besoin d'intégration graduelle. Les activités d'apprentissage permettent l'acquisition et l'application de connaissances spécifiques, puis progressivement invitent l'IND à prendre du recul sur les différentes situations cliniques rencontrées pour en voir la globalité. Tandis que certaines activités d'apprentissage n'ont pas été appréciées par une partie des participantes, plusieurs principes de l'APC (Lasnier, 2001), intégrés aux activités d'apprentissage du PRI, se sont révélés être tout de même bénéfiques pour leurs apprentissages, par exemple, l'utilisation de stratégies pédagogiques, telles que les simulations cliniques, les mises en situation et la création d'espace d'échanges entre pairs. Ces stratégies proposent un environnement plus favorable aux apprentissages que les méthodes d'enseignement traditionnelles (Pertwi et Hariyati, 2019; Rush et al., 2019). Tel que mentionné par Lasnier (2001), les activités d'apprentissage s'inspirant de situations réelles et concrètes permettent une acquisition des connaissances ancrées dans la pratique, augmentant ainsi la signifiante des apprentissages. Certaines de ces activités, telles que les simulations cliniques et les mises en situation, intègrent également les principes d'application et de globalité décrits par Lasnier (2001), qui visent l'apprentissage par l'agir et à partir de l'analyse de situations complexes.

Comme le mentionnent Wilkison et Hayward (2017), les IND en milieu spécialisé ayant accès à un programme de formation, tel qu'un PRI, réussissent à maîtriser davantage les habiletés nécessaires à l'accomplissement des actes et interventions qu'elles doivent effectuer au quotidien. Cette étape de maîtrise des habiletés et connaissances procédurales est essentielle afin que l'IND puisse démontrer davantage d'initiative dans la prise en charge subséquente de son développement professionnel. « Intégrer les connaissances spécifiques du milieu » est d'ailleurs l'un des indicateurs de développement de la première étape pour la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » (CHU Sainte-Justine, 2014). De fait, le PRI offre des activités d'apprentissage intégrant plusieurs principes d'APC et qui permettent une acquisition graduelle de connaissances, représentant une première étape cruciale au DP et au développement de la compétence de l'IND à « Assurer son développement professionnel et à soutenir le développement des compétences de ses collègues ».

### **Disponibilité des ressources externes.**

Plusieurs ressources externes, telles que des recueils de procédures, des articles scientifiques ou des documents de référence, sont rendues accessibles aux IND dès le début de leur intégration au PRI. L'accessibilité à ces différentes ressources externes est un élément qui permet aux IND de faire des apprentissages nécessaires à leur pratique infirmière, dès leur entrée dans la profession. Comme l'ont décrit les participantes à l'étude, le contexte dans lequel ces ressources matérielles sont proposées est cependant non négligeable. Lors des activités d'intégration des connaissances spécifiques du milieu, les IND sont invitées à étudier une situation clinique fictive sous forme d'APP. Dans le PRI, des ressources sont donc directement proposées aux IND, mais parfois, les IND sont encouragées à les choisir ou à les trouver par elles-mêmes, ce que certaines participantes à l'étude ont nommé comme étant un élément aidant dans leurs apprentissages. L'intégration autonome de nouvelles connaissances est encouragée en donnant aux IND un contexte où elles pourront, par elles-mêmes, faire le choix des ressources nécessaires à leur compréhension d'une situation donnée. Tel que mentionné par Daigle (2019) dans une étude menée auprès d'IND (n=6) et de préceptrices (n=4) sur le développement de l'autonomie de l'IND, celui-ci passe par l'utilisation de ressources diversifiées afin de résoudre une problématique et prendre en charge une situation clinique.

Le concept d'autonomie professionnelle n'est pas défini ou même intégré dans le référentiel de compétences infirmières, volet clinique, utilisé dans la présente étude (CHU Sainte-Justine, 2014). Les participantes ont, par contre, mentionné avoir besoin d'être entendues lorsque leurs limites étaient rencontrées. Lorsque mises en situation de nouveauté, ce manque d'encadrement entourant l'acquisition et l'intégration rapide des connaissances, tant déclaratives que procédurales, pourrait mettre un frein à l'atteinte de l'indicateur de développement « demande de l'aide au besoin ».

### **Moyens mis en place pour l'atteinte des indicateurs.**

Comme mentionné précédemment, bien qu'elles indiquent ne pas considérer le DP comme étant une compétence, les participantes à l'étude suivent tout de même une progression cohérente

avec les indicateurs de développement décrits dans le référentiel de compétences infirmières, volet clinique (CHU Sainte-Justine, 2014). Plusieurs activités prévues au PRI ont permis d'instaurer un contexte favorable à l'atteinte de ces indicateurs. De fait, selon les participantes, les activités prévues lors des journées de résidence permettent et encouragent les discussions de groupe et permettent ainsi, à celles-ci, de partager leurs réflexions et d'échanger sur leurs apprentissages. Ces espaces d'échanges donnent une opportunité aux IND de « partager ses savoirs académiques avec ses collègues » et « d'échanger avec ses pairs sur les activités de mise à jour », tels que le décrivent les indicateurs de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir développement des compétences de ses collègues » (CHU Sainte-Justine, 2014). Comme mentionné par les participantes, ces périodes d'échanges et de discussion permettent également d'aborder des sujets, tels que l'éthique, suscitant ainsi des réflexions en lien avec leur rôle professionnel. Ce type de discussions peut amener l'IND à comprendre et à s'affirmer dans son rôle professionnel, comme le décrivent les indicateurs de développement de la première étape de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues. » La disponibilité d'un réseau de ressources définies permet également à l'IND, d'identifier des ressources fiables en cas de questionnement. Ce réseau de ressources, matérielles et humaines, permet à l'IND de faire elle-même le choix des ressources internes et externes à mobiliser dans une situation donnée. De fait, cette disponibilité de ressources vise l'atteinte de deux indicateurs de développement de la première étape de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues », soit « connaît ses limites et demander de l'aide au besoin » ainsi que « identifie une personne ressource » (CHU Sainte-Justine, 2014). La progression graduelle de l'acquisition vers l'intégration des connaissances permet également à l'IND de se familiariser avec son rôle professionnel, comme l'indique l'indicateur de la première étape de la compétence : « s'affirme dans son rôle professionnel et dans ses relations au sein de son équipe de travail » (CHU Sainte-Justine, 2014).

### **Besoins non comblés : Intentions et limites du programme de résidence infirmière.**

Selon le référentiel de compétences utilisé dans cette étude, l'IND se situant dans la première étape de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et



soutenir le développement des compétences de ses collègues », apprend tout d’abord à reconnaître et à respecter ses limites (CHU Sainte-Justine, 2014). L’IND qui exprime un besoin d’accompagnement lorsqu’elle ressent avoir atteint les limites de ses compétences est conséquente avec cet indicateur. La qualité de l’accompagnement offert par le PRI ressort comme étant intimement liée au respect des limites de l’IND. Bien qu’elles soient en mesure d’identifier leurs limites et de demander de l’aide, comme le mentionne l’indicateur de développement « assume ses responsabilités, connait ses limites et demande de l’aide au besoin » (CHU Sainte-Justine, 2014), un manque d’accompagnement était parfois perçu par les participantes à l’étude. L’accompagnement clinique, qui consiste principalement au jumelage de l’IND avec une infirmière d’expérience, n’est disponible qu’à certains moments prédéfinis du PRI. Bien que certaines autres ressources soient disponibles pour les IND, elles n’apportent qu’une aide ponctuelle plutôt qu’un accompagnement étroit. Comme le mentionnent Regan et al. (2017), ce manque d’encadrement structuré peut mener à un sentiment de fragilisation chez l’IND. On retrouve, chez les participantes à l’étude, l’expression d’un besoin d’accompagnement accru à certains moments précis de leur parcours, plus particulièrement lorsqu’elles rencontrent des situations ou des pratiques nouvelles pour elles. Ce besoin d’accompagnement par une personne ressource varie d’une IND à l’autre et est exprimé à différents moments pour chaque IND. Plusieurs auteurs abondent également en ce sens en notant un besoin accru d’accompagnement lorsque l’IND fait face à des situations nouvelles (Ankers et al., 2018; Murray et al., 2019; Vanderspank-Wright, Lalonde, Smith, Wong et Bentz, 2019).

Un autre besoin des IND partiellement comblé par le PRI est celui de l’évolution et l’intégration graduelle de prise en charge de situations cliniques complexes. Le PRI qu’on suivi les participantes à l’étude étale les activités d’apprentissages sur plusieurs mois, dans l’intention d’intégrer graduellement les connaissances nécessaires à leur pratique clinique, mais également de se familiariser graduellement aux situations cliniques plus complexes. Bien qu’une évolution soit prévue dans le PRI quant à la complexité des situations rencontrées et aux formations offertes, cette évolution est prédéterminée et amène une rigidité dans le programme. Alors que ce rythme d’évolution était aidant pour certaines, d’autres ont évoqué un besoin d’aller plus ou moins vite dans cette évolution. Bien que l’IND réussit, encore une fois, à exprimer ses limites et besoins d’accompagnement, le PRI en place ne permet pas une flexibilité assez grande pour permettre à

chaque IND d'évoluer selon ses besoins. Pertiwi et Hayirati (2019) suggèrent d'ailleurs une collaboration entre les formateurs et les IND afin d'élaborer des objectifs précis qui répondront adéquatement aux besoins de l'IND.

### **Recommandations**

Plusieurs études se sont penchées sur des sujets, tels que le DP, la notion de compétence et les PRI. Pourtant, plusieurs éléments de ces sujets restent peu définis, notamment selon les participantes à cette étude. Nos résultats ont pu mettre en lumière des éléments importants auxquels s'attarder afin de favoriser le développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » (CHU Sainte-Justine, 2014) pour les IND.

### **Recherche.**

Les résultats de la présente étude soulèvent des questionnements sur le concept de compétence et l'inclusion du DP au cœur d'une compétence à part entière. Bien que les participantes à l'étude avaient déjà été exposées au référentiel de compétences infirmières, volet clinique (CHU Sainte-Justine, 2014), son utilisation ainsi que les notions au cœur de ce référentiel ne leur étaient pas familières. Les participantes associent plutôt le DP à leur vision évolutive de la pratique infirmière. Il serait intéressant d'approfondir la recherche sur la perception qu'on les infirmières des indicateurs de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement professionnel de ses collègues ». Être en mesure de mieux définir cette compétence et ses indicateurs permettrait de l'ancrer davantage dans la pratique clinique afin qu'elle reflète adéquatement l'aspect englobant mentionné par les IND. De fait, une catégorisation de cette compétence à un volet dit clinique apparaît contradictoire avec la façon dont les IND voient le DP. Il serait intéressant d'explorer, d'une part, la perception de la nature de cette compétence et, d'autre part, la façon de la présenter aux IND. Ceci permettrait une meilleure précision de la compétence et de sa définition et ainsi, améliorerait la cohérence entre les formations et l'évaluation des compétences, telle que suggérée par (Charette et al., 2019).

Pour ce qui est du PRI, il est clair qu'un encadrement structuré et formel de l'IND (quelle que soit sa nature) est un élément important à son intégration à la profession et au développement de ses compétences et habiletés (Adams et Gillman, 2016; Edwards et al., 2015; Murray et al., 2019; Rush et al., 2019; van Rooyen et al., 2018; Spiva et al., 2013). Cependant, la durée optimale de l'accompagnement, selon sa nature, reste peu étudiée. Certaines lignes directrices suggèrent une durée d'au moins six à 12 mois pour des programmes d'intégration de type PRI (Goode et al., 2018). Malgré que plusieurs études se soient penchées sur la question, le manque d'homogénéité des programmes d'intégration de longue durée rend les résultats peu concluants à ce sujet. Il est donc essentiel d'orienter les recherches évaluant les types de programmes de résidence en incluant une description des stratégies pédagogiques et des modalités d'encadrement avec la durée de chacune d'entre elles. Ces éléments de réponses permettront de mieux cibler la durée optimale de chaque type d'intervention. L'étude des divers éléments ayant une incidence sur le développement de la compétence de l'IND à assurer son développement professionnel pourra donc guider l'élaboration de PRI reflétant les besoins réels des IND en termes d'accompagnement.

### **Formation.**

Le désir de flexibilité dans l'accompagnement, manifesté par les participantes à l'étude, a été peu étudié mais devrait être pris en compte lors de la mise en place de programmes, tels qu'un PRI. Bien que certaines contraintes administratives et institutionnelles puissent mettre un frein à cette malléabilité des programmes de formation, des éléments, tels que le jumelage des IND avec des infirmières plus expérimentées lors de situations nouvelles, semblent être non négligeables dans le développement de leurs compétences. Il est d'autant plus important de respecter ce besoin, puisque, selon le référentiel de compétences utilisé dans cette étude, l'expression du besoin d'accompagnement et d'aide est considérée comme étant un indicateur de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » (CHU Sainte-Justine, 2014).

L'utilisation de stratégies d'apprentissage basées sur des principes d'APC est également à prendre en considération lors de la mise en place de formations. Ces principes semblent essentiels à l'intégration des apprentissages nécessaires au développement des compétences. Cette

intégration des apprentissages est d'ailleurs une première étape au développement de compétences selon les participantes à l'étude, en plus de faire partie des indicateurs de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » (CHU Sainte-Justine, 2014).

### **Pratique.**

Le DP est décrit comme étant essentiel à l'amélioration de la qualité des soins par les participantes à l'étude ainsi que par plusieurs auteurs (Horn et al., 2019; Price et Reichert, 2017; Price et al., 2018). Bien que le DP ne soit pas nécessairement mis au cœur d'une compétence, il est important d'offrir des opportunités de DP aux IND afin qu'elles puissent continuer de s'investir dans celui-ci et continuer de développer leur compétence à assurer leur DP. Le PRI présente une opportunité de DP en permettant à l'IND d'effectuer des apprentissages qui sont essentiels à sa pratique clinique. Cependant, le besoin de progression, plus ou moins rapide dans le niveau de complexité des cas cliniques pris en charge, évoqués par les IND, pourrait être davantage pris en compte. Le PRI auquel réfère la présente étude ne tient pas compte de cet élément. Cette progression est pourtant perçue par les participantes comme étant du DP en soi. La prise en charge de cas cliniques d'une plus grande complexité et le rythme d'évolution, plus rapide pour certaines et plus lent pour d'autres, devraient être discutés avec les IND afin d'adapter cette progression. L'inclusion de l'IND dans les décisions concernant sa progression dans le parcours du PRI permettrait, par le fait même, de lui donner une tribune afin d'exprimer ses besoins d'encadrement.

Finalement, l'intégration d'une perspective plus large, incluant le développement de carrière et des domaines de soins, tels que la gestion et la formation, dans les indicateurs de la compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues », permettrait aux IND de reconnaître leur vision du DP dans cette compétence. L'inclusion de cette perspective de développement de carrière à une compétence faisant partie d'un référentiel de compétences destiné à la pratique clinique permettrait aussi aux formateurs et aux gestionnaires de mieux cibler les opportunités d'implication et de DP selon l'étape de développement de l'infirmière. Cette approche pourrait potentiellement bénéficier tant aux IND qu'aux infirmières plus expérimentées.

## Limites et forces de l'étude

Tout d'abord, dans un but de validation, deux retours avec les participantes ont été faits par courriel à la suite de la transcription des verbatim (fiche synthèse de leur entretien) puis pour leur présenter la synthèse des résultats. Aucune participante n'a répondu à ces retours. On ne peut conclure à une validation de leur propos. Un retour des participantes à l'une ou l'autre de ces étapes aurait permis d'augmenter la confirmabilité des résultats.

Ensuite, un des critères d'exclusion était de ne pas retenir les infirmières qui poursuivaient des études à temps plein après l'obtention de leur diplôme de formation initiale. La difficulté de distinguer l'influence d'un programme académique versus l'influence d'un PRI sur la compétence à assurer son DP a mené à la décision d'exclure cette population. Cependant, il aurait été intéressant de prendre en compte aussi l'expérience de ces infirmières pour une plus grande représentativité de la population d'IND participant au PRI. De plus, les participantes devaient avoir terminé le PRI afin de participer à l'étude. De fait, elles ont fait appel à leurs souvenirs lors de l'entretien semi-structuré, ce qui peut constituer une limite à la précision des faits relatés.

En plus du milieu de soins ultraspecialisés de l'étude, le PRI que les IND ont suivi est unique, tant dans sa forme que son contenu. Cette unicité du PRI reflète bien le manque de constance dans la forme et le contenu des programmes de résidence répertoriés dans les écrits scientifiques (Al-Dossary et al., 2014; Anderson et al., 2012; Rush et al., 2013; Warren et al., 2018). De ce fait, les résultats de l'étude sont fortement contextualisés. Cependant, la description rigoureuse du milieu et du déroulement de l'étude offre une transférabilité potentielle des résultats. De fait, l'analyse qualitative permet une analyse approfondie d'un contexte spécifique. Au-delà de la question de recherche de la présente étude, ces échanges avec les participantes ont également permis de mettre en lumière leur perception de la notion de compétence ainsi que du DP en général.

## Références

- Adams, J. E. et Gillman, L. (2016). Developing an evidence-based transition program for graduate nurses. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 52(5), 511-521. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238287>
- Al-Dossary, R., Kitsantas, P. et Maddox, P. J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: a systematic review. *Nurse Education Today*, 34(6), 1024-1028. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.006>
- American Nurses Association. (s.d.). <https://www.nursingworld.org/education-events/ana-continuing-education/>
- Anderson, G., Hair, C. et Todero, C. (2012). Nurse residency programs: an evidence-based review of theory, process, and outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 28(4), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.020>
- Ankers, M. D., Barton, C. A. et Parry, Y. K. (2018). A phenomenological exploration of graduate nurse transition to professional practice within a transition to practice program. *Collegian*, 25(3), 319-325.
- Arrowsmith, V., Lau-Walker, M., Norman, I. et Maben, J. (2016). Nurses' perceptions and experiences of work role transitions: a mixed methods systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1735-1750. <https://doi.org/10.1111/jan.12912>
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes: post-modernisme ou pragmatisme? *Management & avenir*, (3), 372-391.
- Avenier, M.-j. et Gavard-Perret, M. L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique. Dans M. L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (dir.), *La méthodologie de la recherche en sciences de la gestion. Réussis son mémoire ou sa thèse* (2<sup>e</sup> éd., p. 11-62). Pearson.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley Pub. Co., Nursing Division, Don Mills, Ont.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. et Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Blanchet Garneau, A., Lavoie, P. et Grondin, M. (2017). Dichotomy and dialogue in conceptualizations of competency in health professionals' education. *Journal of nursing education and practice*, 7(6), 18-26. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n6p18>
- Brekelmans, G., Maassen, S., Poell, R. F., Weststrate, J. et Geurdes, E. (2016). Factors influencing nurse participation in continuing professional development activities: Survey results from

- the Netherlands. *Nurse Education Today*, 40, 13-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.028>
- Canadian Nurse Association. (2015). *Framework for the practice of registered nurses in Canada*.  
<https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/framework-for-the-practice-of-registered-nurses-in-canada.pdf?la=en>
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (2014). *Outil de développement professionnel*  
 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (2018). *Programme de formation étendue en soins infirmiers de l'unité néonatale: Cahier d'activité*.
- Charette, M. (2018). *Compétences d'infirmiers nouvellement diplômés d'un programme de baccalauréat basé sur l'approche par compétences : une ethnographie ciblée d'un milieu de soins aigus* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.  
[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21204/Charette\\_Martin\\_2018\\_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21204/Charette_Martin_2018_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Charette, M., Goudreau, J. et Bourbonnais, A. (2019). Un modèle de développement et de déploiement de compétences pour les enseignants et les formateurs cliniques en sciences infirmières. *Avancées en formation infirmières*, 5(2).
- Cleary, M., Horsfall, J., Muthulakshmi, P., Happell, B. et Hunt, G. E. (2013). Career development: graduate nurse views. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17/18), 2605-2613.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12080>
- Cochran, C. (2017). Effectiveness and best practice of nurse residency programs: A literature review. *Medsurg Nursing*, 26(1).
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*  
<http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/186009/EPTC+2+%282018%29.pdf/cc06995-115c-4c23-bb8b-264c6a097f56>
- Cruess, S. R., Johnston, S. et Cruess, R. L. (2004). " Profession": a working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 74-76.
- Daigle, E. (2019). *Le développement de l'autonomie professionnelle d'infirmières nouvellement diplômées sur une unité de soins intensifs*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus.  
[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23988/Daigle\\_Emilie\\_2019\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/23988/Daigle_Emilie_2019_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Davis, K., White, S. et Stephenson, M. (2016). The influence of workplace culture on nurses' learning experiences: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of*

- Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(6), 274-346.  
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002219>
- Dürrenberger, Y. (2012). Les fondements pédagogiques. Dans A.-C. Allin-Pfister (dir.), *Le guide du formateur : une approche par compétences* (p. 13-41). Éditions Lamarre.
- Dwyer, P. A. et Revell, S. M. H. (2016). Multilevel Influences on New Graduate Nurse Transition. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(3), 112-121.  
<https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000265>
- Éditeur officiel du Québec. (2018). *Code des professions: Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/I-8,%20R.%202.pdf>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J. et Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254-1268.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007>
- Giallonardo, L. M., Wong, C. A. et Iwasiw, C. L. (2010). Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 993-1003. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01126.x>
- Goode, C. J., Glassman, K. S., Ponte, P. R., Krugman, M. et Peterman, T. (2018). Requiring a nurse residency for newly licensed registered nurses. *Nursing Outlook*.
- Goode, C. J., Reid Ponte, P. et Sullivan Havens, D. (2016). Residency for transition into practice: An essential requirement for new graduates from basic RN programs. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 82-86. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000300>
- Govranos, M. et Newton, J. M. (2014). Exploring ward nurses' perceptions of continuing education in clinical settings. *Nurse Education Today*, 34(4), 655-660.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.003>
- Henderson, A., Ossenberg, C. et Tyler, S. (2015). 'What matters to graduates': An evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse Education in Practice*, 15(3), 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.009>
- Horn, K., Pilkington, L. et Hooten, P. (2019). Pediatric Staff Nurses' Conceptualizations of Professional Development. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, 51-56.
- Innes, T. et Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*.
- 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), 50-61.  
<https://doi.org/10.5430/jnep.v5n6p50>



- Kivits, J. et Balard, F. (2016). La problématisation ou l'importance de penser sa question de recherche. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier et M. Winance (dir.), *Les recherches qualitatives en santé* (p. 43-59). Armand Colin.
- Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., Wong, C., MacPhee, M., Ritchie, J., Wolff, A., Regan, S., Rheume-Bruning, A., Jeffs, L., Young-Ritchie, C., Grinspun, D., Gurnham, M. E., Foster, B., Huckstep, S., Ruffolo, M., Shamian, J., Burkoski, V., Wood, K. et Read, E. (2016). Starting Out: A time-lagged study of new graduate nurses' transition to practice. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 82-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.005>
- Leos-Sheridan, N. (2008). Professional issues. Understanding lateral violence in nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 399-403. <https://doi.org/10.1188/08.CJON.399-403>
- Letourneau, R. M. et Fater, K. H. (2015). Nurse Residency Programs: An integrative Review of the Literature. *Nursing Education Perspectives*, 36(2), 96-101. <https://doi.org/10.5480/13-1229>
- Lin, P. S., Viscardi, M. K. et McHugh, M. D. (2014). Factors influencing job satisfaction of new graduate nurses participating in nurse residency programs: A systematic review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(10), 439-450; quiz 451-432. <https://doi.org/10.3928/00220124-20140925-15>
- Lincoln, Y. et Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Maresca, R., Eggenberger, T., Moffa, C. et Newman, D. (2015). Lessons learned: Accessing the voice of nurses to improve a novice nurse program. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(4), 218-224. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000169>
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory–practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), e1-e7.
- Murray, M., Sundin, D. et Cope, V. (2019). New graduate nurses' understanding and attitudes about patient safety upon transition to practice. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2543-2552.
- O'kane, C. E. (2012). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), 44-51.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Accéder à la profession infirmière au Québec*. <https://www.oiiq.org/accéder-profession/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec: norme professionnelle*. <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2011b). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec: document d'orientation*. <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270GCO-Document-Orientation-Web.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde: Les soins de santé primaire- Maintenant plus que jamais*. [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf)
- Paillé, P. et Mucchelli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G. et McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34(1), 150-156.
- Pasila, K., Elo, S. et Kaariainen, M. (2017). Newly graduated nurses' orientation experiences: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.021>
- Patton, M. Q. (2000). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3<sup>e</sup> éd.). SAGE Publications.
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kerouak, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup> éd.). Chenelière Éducation Inc.
- Pertiwi, R. I. et Hariyati, R. T. S. (2019). Effective orientation programs for new graduate nurses: A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 29, 612-618.
- Phillips, C., Kenny, A. et Esterman, A. (2017). Supporting graduate nurse transition to practice through a quality assurance feedback loop. *Nurse Education in Practice*, 27, 121-127.
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (9<sup>e</sup> éd.). Wolters Kluwer.
- Pool, I., Poell, R. et ten Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.009>
- Price, S. et Reichert, C. (2017). The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. *Administrative Sciences*, 7(2), article n° Unsp 17. <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>
- Price, S. L., McGillis Hall, L., Murphy, G. T. et Pierce, B. (2018). Evolving career choice narratives of new graduate nurses [Article]. *Nurse Education in Practice*, 28, 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.007>
- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., Rhéaume, A., Ritchie, J. A., Wolff, A. C., Jeffs, L., Young-Ritchie, C., Grinspun, D., Gurnham, M. E., Foster, B., Huckstep, S., Ruffolo, M., Shamian, J., Burkoski, V., Wood, K. et Read, E. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on

- transition to practice. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 246-255. <https://doi.org/10.1111/jonm.12456>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345-356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>
- Rush, K. L., Janke, R., Duchscher, J. E., Phillips, R. et Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 139-158.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Spiva, L., Hart, P. L., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B., McVay, F. et Mendoza, S. G. (2013). Hearing the Voices of Newly Licensed RNs: The Transition to Practice. *AJN American Journal of Nursing*, 113(11), 24-32. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000437108.76232.20>
- Talmage, J. B. (2012). Listening to, and for, the research interview. Dans J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti et K. D. McKinney (dir.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft* (p. 295-304). SAGE Publications, Inc.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation.
- Taylor, R. A. et Taylor, S. S. (2018). Reframing and addressing horizontal violence as a workplace quality improvement concern. Dans *Nursing Forum*.
- Teoh, Y. T. E., Pua, L. H. et Chan, M. F. (2013). Lost in transition—A review of qualitative literature of newly qualified Registered Nurses' experiences in their transition to practice journey. *Nurse Education Today*, 33(2), 143-147. [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(12\)00280-8/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(12)00280-8/pdf)
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2<sup>e</sup> éd.). Routledge.
- Valéau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 70-100.
- Van Camp, J. et Chappy, S. (2017). The Effectiveness of Nurse Residency Programs on Retention: A Systematic Review. *AORN Journal*, 106(2), 128-144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>

- Vanderspank-Wright, B., Lalonde, M., Smith, C. A., Wong, S. et Bentz, J. A. (2019). New Graduate Nurse Transition Into the Intensive Care Unit: Qualitative Insights From a Longitudinal Study—Part 1. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(4), 428-444.
- Warren, J. I., Perkins, S. et Greene, M. A. (2018). Advancing New Nurse Graduate Education Through Implementation of Statewide, Standardized Nurse Residency Programs. *Journal of Nursing Regulation*, 8(4), 14-21.
- Wilkinson, S. et Hayward, R. (2017). Band 5 nurses' perceptions and experiences of professional development. *Nursing Management - UK*, 24(2), 30-37. <https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1537>

**Appendice A : Plan de concepts : mots-clés et descripteurs de recherche**

**Plan de concepts : mots clés et descripteurs de recherche**

**Sujet de recherche : « l'effet d'un programme de résidence infirmière sur le développement professionnel de la nouvelle infirmière »**

<b>Concepts</b>	<b>Programme de résidence</b>	<b>Développement professionnel</b>	<b>Nouvelle infirmière/infirmière nouvellement diplômée</b>
<b>Mots-clés</b>	residency program  clinical education clinical practicum  clinical supervision  mentoring  preceptorship  Continuing education	Professional development  professional growth career development staff development professional advancement  ...	Novice nurses  New graduate nurses  Newly graduated nurses  New nurse Nurse Beginner
<b>Descripteurs</b>	(MH "Clinical Supervision") OR (MH "Education, Clinical") OR (MH "Education, Competency-Based") OR (MH "Fieldwork") OR (MH "Clinical	(MH "Professional Development") OR MH "Staff Development") OR (MH "Benner's Professional Advancement Model") OR	(MH "Novice Nurses") OR (MH "New Graduate Nurses")

	<p>Supervision, Mental Health") OR (MH "Education, Non- Traditional") OR (MH "Preceptorship") OR (MH "Education, Nursing, Continuing") OR (MH "Education, Continuing") OR (MH "Internship and Residency")</p>	<p>(MH "Career Planning and Development")</p>	
<p><b>Concept 1 (équation avec mots- clés)</b></p>	<p>(residency N3 program*) OR (clinical N3 (education OR practicum OR supervision)) OR mentor* OR preceptor* OR (continuing N3 education)</p> <p>(residency adj3 program*) OR (clinical adj3 (education OR practicum OR supervision)) OR mentor* OR preceptor* OR (continuing adj3 education)</p> <p>(residency NEAR/3 program*) OR (clinical NEAR/3 (education OR practicum OR supervision)) OR mentor* OR preceptor* OR (continuing NEAR/3 education)</p> <p>(residency W/3 program*) OR (clinical W/3 (education OR practicum OR supervision)) OR mentor* OR preceptor* OR (continuing W/3 education)</p>		
<p><b>Concept 2 (équation avec mots- clés)</b></p>	<p>((Novice OR "new graduate*" OR "newly graduate*" OR Begin*) N3 nurs*)</p> <p>((Novice OR "new graduate*" OR "newly graduate*" OR Begin*) adj3 nurs*)</p>		

	<p>((Novice OR "new graduate*" OR "newly graduate*" OR Begin*) NEAR/3 nurs*)</p> <p>((Novice OR "new graduate*" OR "newly graduate*" OR Begin*) W/3 nurs*)</p>
<p><b>Concept 3</b> <b>(équation</b> <b>avec mots-</b> <b>clés)</b></p>	<p>((Professional OR growth OR staff) N3 development) OR "professional advancement")</p> <p>((Professional OR growth OR staff) adj3 development) OR "professional advancement")</p> <p>((Professional OR growth OR staff) NEAR/3 development) OR "professional advancement")</p> <p>((Professional OR growth OR staff) W/3 development) OR "professional advancement")</p>



**Appendice B : Tableau descriptif de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues »**

7 ASSURER SON DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DE SES COLLÈGUES				
ÉTAPE 1 INFIRMIÈRE DÉBUTANTE	ÉTAPE 2 INFIRMIÈRE AVERTIE	ÉTAPE 3 INFIRMIÈRE PERSONNE-RESSOURCE	ÉTAPE 4 INFIRMIÈRE EXPERTE CLINIQUE	AUTOÉVALUATION / COMMENTAIRES/ EXEMPLES
<b>7.1 Agir avec professionnalisme.</b>				
7.1.1.1 Assume ses responsabilités, connaît ses limites et demande de l'aide au besoin. 7.1.1.2 S'affirme dans son rôle professionnel et dans ses relations avec son équipe de travail. 7.1.1.3 Reconnaît ses erreurs s'il y a lieu et pose les actions requises. 7.1.1.4 Identifie une personne-ressource pour l'aider dans ses questionnements.	7.1.2.1 Exerce de façon autonome tous les aspects de son rôle. 7.1.2.2 S'affirme dans son rôle professionnel et dans ses relations avec son équipe de travail et les autres professionnels.	7.1.3.1 S'engage activement pour l'amélioration de la qualité des soins. 7.1.3.2 Partage son expertise.	7.1.4.1 Représente sa profession en raison de son expertise clinique. 7.1.4.2 S'engage activement dans diverses activités professionnelles. 7.1.4.3 Contribue au développement, à l'implantation et au suivi de politiques et de pratiques pour promouvoir et maintenir un environnement de travail sain et sécuritaire.	<input type="checkbox"/> Débutante 1 <input type="checkbox"/> Personne-ressource 3 <input type="checkbox"/> Avertie 2 <input type="checkbox"/> Experte clinique 4 Commentaires / exemples :
<b>7.2 Mettre à jour ses connaissances.</b>				
7.2.1.1 Intègre les connaissances spécifiques du milieu.	7.2.2.1 Participe à des activités de partage des connaissances et d'actualisation des pratiques autant à l'extérieur du CHU qu'à l'intérieur.	7.2.3.1 Oriente ses activités de développement des connaissances en fonction de son champ d'intérêt.	7.2.4.1 Développe une expertise clinique selon ses intérêts et assure son actualisation de façon continue.	<input type="checkbox"/> Débutante 1 <input type="checkbox"/> Personne-ressource 3 <input type="checkbox"/> Avertie 2 <input type="checkbox"/> Experte clinique 4 Commentaires / exemples :
<b>7.3 Partager des connaissances.</b>				
7.3.1.1 Partage ses savoirs académiques avec ses collègues. 7.3.1.2 Démonstre de la curiosité pour poursuivre ses apprentissages.	7.3.2.1 Échange avec ses pairs sur les activités de mise à jour. 7.3.2.2 Accompagne des externes en sciences infirmières.	7.3.3.1 Accompagne, encadre et soutient les étudiants en sciences infirmières. 7.3.3.2 Agit en tant que préceptrice auprès des recrues. 7.3.3.3 Développe et présente des capsules de formation au CHU.	7.3.4.1 Diffuse ses connaissances à l'interno et à l'externo du CHU par des présentations orales ou écrites (conférences, ateliers, affiches, articles). 7.3.4.2 Est reconnue comme un modèle de rôle dans le partage des connaissances.	<input type="checkbox"/> Débutante 1 <input type="checkbox"/> Personne-ressource 3 <input type="checkbox"/> Avertie 2 <input type="checkbox"/> Experte clinique 4 Commentaires / exemples :

Élément de compétence

Indicateurs de développement

Précisions apportées au tableau tiré du référentiel de compétences infirmières du CHU Sainte-Justine (2014)

**Appendice C : Exemple d'un programme de résidence en néonatalogie**

## Résumé du programme de résidence en Néonatalogie

	Phase	Activités	Durée
	I A	RIIR	3 jours
	I B	Lectures et travaux à la maison	4h
Soins intermédiaires	II A	Formation théorique - Apprentissage selon différentes approches pédagogiques	5 jours
	II B	Préceptorat (3 jours : 2 recrues/1 préceptrice et 6 jours : 1 recrue/1 préceptrice)	9 jours
	II C	Pratique autonome	8 semaines et plus
		Travaux à faire : 1. Compléter l'Outil de développement professionnel. 2. Mise en situation vécue au SNTR avec PTI	À remettre à la CSI : Deux semaines après la fin du préceptorat aux soins intermédiaires.
Soins intensifs	III A	Formation théorique - Apprentissage selon différentes approches pédagogiques	2 jours
	III B	Préceptorat (1 recrue pour une préceptrice)	8 jours
		Stages observation Temps 1 : (UDN, Clinique néonatale, Post-partum/GARE) Temps 2 : (IPSNN, Transport)	½ journée lorsque le plan de main d'œuvre le permet
	III C	Pratique autonome	Minimum 4 mois avant de retourner aux soins intermédiaires
	III D	Formations offertes durant la pratique autonome	
		<u>Réanimation cardio respiratoire</u> : après 1 mois <u>cardiopathies cyanoqènes et SDD</u> : après 3 mois	1 journée 1 journée
	Travaux à faire : 1. Trouver un article scientifique concernant la pratique infirmière en néonatalogie et compléter la grille résumée.	À remettre à la CSI : Deux semaines après la fin des jours de préceptorat aux soins intensifs.	
Pratique autonome	IV	1 jour/ 6 semaines Consolidation et pratique réflexive 1. Allaitement et Deuil 2. Simulation 3. Éthique et Approche systémique familiale 4. Choc/Présentation projet personnel	5 jours
Total de semaines du programme de résidence			52 semaines

(Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2018)

**Appendice D : Invitation de participation à l'étude**

**Invitation de participation à l'étude : Perceptions d'infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d'un programme de résidence sur le développement de leur compétence « Assurer leur développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues »**

Bonjour,

Une étude portant sur le développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » aura lieu dans les prochains mois sur l'unité de néonatalogie du [REDACTED]. Je sollicite votre participation à cette étude qui m'aidera à mieux comprendre comment un programme de formation, plus précisément le programme de résidence infirmière de l'unité, peut aider les infirmières nouvellement diplômées à développer leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues », présentée dans le référentiel de compétences de l'établissement. Durant cette participation à l'étude, vous serez appelés à parler de votre expérience de participation au programme de résidence infirmière lors d'un entretien individuel semi-dirigé d'une durée d'environ 45 à 60 minutes.

Si vous désirez participer à cette étude ou avoir plus d'informations, veuillez contacter Lydia Tania Ziani, étudiante chercheuse à l'adresse courriel [lydia.tania.ziani@umontreal.ca](mailto:lydia.tania.ziani@umontreal.ca) ou par téléphone au [REDACTED].

## **Appendice E : Guide d'entretien individuel semi-structuré**

## Guide d'entretien individuel semi-structuré

### Questions d'ouverture :

- Que recherchez-vous comme milieu de soins pour débiter votre pratique professionnelle à la fin de vos études ?
- Qu'est-ce qui vous a amené à choisir de débiter votre pratique professionnelle à l'unité des soins intensifs néonataux ?

Sujet	Exemple de questions
Le développement professionnel comme compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qu'est-ce que le développement professionnel pour vous ?</li> <li>○ Pouvez-vous m'expliquer en quoi le développement professionnel est une compétence, ou non, pour vous ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qu'une compétence pour vous ?</li> </ul> </li> </ul>
Contribution d'un PRI au développement de leur compétence de développement professionnel (deuxième question de recherche)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Selon vous, de quelle manière le programme de résidence infirmière de l'unité des soins intensifs néonataux que vous avez suivi a influencé le développement de votre compétence de développement professionnel ?</li> <li>○ Plus précisément quant à               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise à jour des connaissances</li> <li>- Le partage des connaissances</li> <li>- Le professionnalisme</li> </ul> </li> <li>○ Selon vous, à quelle étape de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » étiez-vous située au début puis à la fin du programme et pourquoi ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon vous, à quelle étape de développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues » vous situez-vous présentement et pourquoi ?</li> <li>- Comment voyez-vous le développement de votre compétence à assurer votre développement professionnel et à soutenir le développement des compétences de vos collègues dans les années à venir ?</li> </ul> </li> </ul>



**Appendice F : Questionnaire de données sociodémographiques**

## Questionnaire de données sociodémographiques

Code du participant :

Date de l'entretien individuel :

Date de fin du programme de résidence :

### Âge

24 ans et moins       25-29 ans       30-34 ans       35-49 ans   
40 ans et plus

### Genre

Féminin     Masculin     Ne s'identifie pas à un genre     préfère ne pas répondre

### Scolarité d'entrée à la profession :

Technique en soins infirmiers (Diplôme d'études collégiales)

Baccalauréat initial en sciences infirmières

### Quart de travail :

Jour       Soir       Nuit Rotation J/N       Rotation J/S       Rotation S/N

### Nombre de mois d'expérience comme infirmière/CEPI à l'entrée sur l'unité de soins intensifs néonataux :

### Statut d'emploi :

Temps plein     Temps partiel

Si temps partiel, nombre de jours par période de deux semaines :

Expérience antérieure et nombre d'années

- Préposée aux bénéficiaires  nombre d'années
- Infirmière auxiliaire  nombre d'années
- Externe en soins infirmiers  nombre d'années
- Autre  nombre d'années

**Appendice G : Formulaire de consentement**

## **INFORMATION SUR LA RECHERCHE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Titre de l'étude : Perceptions d'infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d'un programme de résidence infirmière au développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement professionnel de ses collègues »**

### **Personnes responsables :**

Lydia Tania Ziani, Inf., B.Sc. Et. M. Sc., Faculté des sciences infirmière de l'Université de Montréal (chercheuse principale)

Louise Boyer, Inf. Ph.D., Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (directrice de recherche)

Louise-Andrée Brien, Inf. M. Sc., Professeure de formation pratique adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (codirectrice de recherche)

Jérôme Gauvin-Lepage (chercheur local)

### **Collaborateurs :**

Marilou Burelle, Inf., M. Sc, Conseillère en soins infirmiers, néonatalogie, [REDACTED]

Audrey Larone-Juneau, Inf., M. Sc. Cadre conseil en sciences infirmières

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

Vous être aujourd'hui invité à participer à une étude sur les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d'un programme de résidence infirmière sur le développement de la compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues ». En tant qu'infirmière ayant récemment participé au programme de résidence de l'unité de néonatalogie [REDACTED] lors de votre entrée dans la profession infirmière, nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Il est important de bien comprendre ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour décider.

## **POURQUOI MÈNE-T-ON CE PROJET DE RECHERCHE ?**

Les programmes de résidence infirmière ont été implantés dans plusieurs hôpitaux américains depuis plus d'une décennie afin de pallier au besoin de soutien aux infirmières nouvellement diplômées. De plus, bien que l'on sache que ce type de programme permet d'accompagner la nouvelle infirmière dans le développement de ses compétences et habiletés durant cette période de transition, peu d'études traitent de l'influence de ce genre de programme sur la compétence de l'infirmière à assurer par la suite son développement professionnel de façon autonome. Selon l'article 18 du code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, il est de la responsabilité de l'infirmière d'assurer le développement de ses compétences professionnelles. La nouvelle génération d'infirmières nouvellement diplômées désire s'attarder à son développement professionnel et son développement de carrière. Bien que la culture organisationnelle ainsi que le soutien offert par les gestionnaires aient un impact considérable dans l'engagement de l'infirmière envers son développement professionnel, ce désir n'est pas toujours pris en compte par les institutions de santé.

But :

Explorer les perceptions d'infirmières nouvellement diplômées sur le développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » suite à leur participation à un programme de résidence infirmière sur une unité de soins intensifs néonataux (USIN).

Questions de recherche :

- Quelles sont les perceptions d'IND quant à la contribution d'un PRI sur une unité de soins intensifs néonataux au processus de développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et contribuer au développement des compétences de ses collègues » ?

### **COMBIEN DE PERSONNES PARTICIPERONT AU PROJET DE RECHERCHE ?**

Six à huit infirmières nouvellement diplômées participeront à ce projet.

### **COMMENT SE DÉROULERA LE PROJET DE RECHERCHE ?**

Les infirmières de l'unité de néonatalogie [REDACTED] ayant débuté le programme de résidence durant leurs six premiers mois de pratique et l'ayant terminé depuis au plus de six mois seront invités à participer à cette étude. Votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez choisir de vous retirer à tout moment.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à :

- Signer un formulaire de consentement écrit.
- Remplir un questionnaire de données sociodémographiques – les questions concernent votre âge, genre, éducation, statut professionnel et expérience. Vous pouvez choisir d'omettre une question si vous ne souhaitez pas y répondre.
- Participer à un entretien individuel enregistré d'une durée d'environ 60 minutes dans une salle privée de votre organisation, au moment qui vous convient le mieux.
- Prendre connaissance du résumé de l'entretien individuel produit par l'étudiante chercheuse et en valider le contenu si vous le voulez.
- Prendre connaissance des premiers résultats d'analyse et émettre des commentaires si vous le voulez.

### **COMBIEN DE TEMPS DURERA LA PARTICIPATION À CE PROJET DE RECHERCHE ?**

Votre participation active à ce projet de recherche est circonscrite à la durée de l'entretien ainsi qu'à la révision facultative de la transcription et de la synthèse de votre entretien individuel.

Si vous le désirez, vous serez également appelé à prendre connaissance des premiers résultats d'analyse et à envoyer vos commentaires par rapport à ceux-ci à l'étudiante chercheuse. Finalement, il est à noter que le traitement et l'analyse des données s'étaleront sur une durée d'environ 10 mois.

### **QUELS SONT LES RISQUES ?**

Il n'y a aucun inconvénient outre le temps requis par votre implication (l'entretien individuel, la lecture des résultats préliminaire et la remise des commentaires sur les résultats préliminaires). Bien qu'il n'y ait aucun risque anticipé à participer à l'étude, si vous éprouvez de la détresse pendant ou après l'entrevue, le Programme d'aide aux employés du [REDACTED] sera disponible pour vous aider au numéro de téléphone suivant : [REDACTED]. Également, un aide-mémoire contenant une liste de ressources internes et externes à l'établissement vous sera remis lors de l'entretien individuel.

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

Vous ne retirerez aucun avantage direct en participant à cette recherche. Nous espérons que les connaissances acquises grâce à ce projet de recherche permettront de mieux comprendre le développement de la compétence de l'infirmière nouvellement diplômée à « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues ».

### **QUELS SONT LES ASPECTS FINANCIERS ASSOCIÉS À VOTRE PARTICIPATION?**

Les participantes ne recevront aucune compensation financière pour leur participation.

### **COMMENT LA CONFIDENTIALITÉ SERA-T-ELLE ASSURÉE ?**

Lors de votre participation à cette étude, la chercheuse principale (Lydia Ziani) recueillera et enregistrera vos renseignements dans un dossier d'étude. La chercheuse principale ne recueillera que les informations nécessaires à l'atteinte des objectifs scientifiques de l'étude. Le dossier d'étude peut inclure les informations provenant de votre questionnaire de données sociodémographiques, l'enregistrement de votre entrevue et la fiche synthèse. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Au cours de l'étude, toutes les mesures appropriées seront prises pour assurer que la confidentialité des données que nous recueillons sera protégée. Cela se fera en sécurisant les données via des fichiers protégés par un

mot de passe sur l'ordinateur de la chercheuse principale. Votre identité sera protégée en remplaçant votre nom par un pseudonyme. Le lien entre votre nom et le pseudonyme sera conservé et accessible uniquement par la chercheuse principale dans un fichier Word protégé par mot de passe. Après la fin de votre participation à l'étude, les données de recherche seront conservées pendant 7 ans après la fin de l'étude de façon sécuritaire sous la responsabilité de Louise Boyer (directrice de recherche pour ce projet). Les données pourront être publiées ou partagées lors de réunions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. En aucun cas les résultats individuels vous identifiant ne seront communiqués à votre gestionnaire, employeur ou collègues. Toutefois, afin de vérifier le bon déroulement de la recherche et d'assurer votre protection, il est possible que les personnes suivantes consultent vos données de recherche : les directrices de mémoire de la chercheuse principale ou un délégué du Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED]. Ils adhèrent tous à une politique de confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier d'étude afin de vérifier les informations recueillies et d'apporter des correctifs si nécessaires. Votre dossier d'étude comprend les documents en lien avec votre participation à l'étude : verbatim de votre entretien individuel, fiche synthèse de votre entretien individuel et questionnaire de données sociodémographique.

### **ÊTES-VOUS LIBRE DE PARTICIPER ?**

Oui. La participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez décider de cesser de participer au projet de recherche à n'importe quel moment, et ce, sans offrir aucune raison, en informant la chercheuse principale. Si vous ne participez pas au projet de recherche ou vous vous retirez, cela n'affectera pas votre relation avec votre gestionnaire, votre lien d'emploi avec votre employeur, ni votre participation à d'autres projets d'étude. Les données déjà obtenues et non analysées seront détruites ; seules les données déjà analysées seront conservées. Vous pouvez également choisir de retirer ou de corriger toute information dans votre dossier d'étude. Nous vous communiquerons, aussitôt que possible, toute nouvelle information qui pourrait avoir des conséquences sur votre volonté de prendre part à ce projet de recherche.



## **COMMENT PUIS-JE OBTENIR PLUS D'INFORMATIONS ?**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet : Lydia Tania Ziani [REDACTED],  
[lydia.tania.ziani@umontreal.ca](mailto:lydia.tania.ziani@umontreal.ca)

Pour tout renseignement sur vos droits, vous pouvez vous adresser au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] : [REDACTED].

Vous recevrez une copie signée de ce formulaire. En tout temps, vous pouvez poser des questions à l'équipe de recherche.

## **COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi.

## CONSENTEMENT

**Titre du projet de recherche : Perceptions d’infirmières nouvellement diplômées sur la contribution d’un programme de résidence infirmière au développement de leur compétence « Assurer son développement professionnel et soutenir le développement des compétences de ses collègues »**

On m’a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J’ai pris connaissance du formulaire de consentement de 6 pages et on m’en a remis un exemplaire. J’ai eu l’occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j’accepte de participer à ce projet de recherche.

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

\_\_\_\_\_

Nom du participant de 18 ans et plus (Lettres moulées)	Consentement (signature)	Date
---	--------------------------	------

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

Nom de la personne qui obtient le consentement (Lettres moulées)	(signature)	Date
---	-------------	------

**Appendice H : Lettre à lire aux participants avant la tenue de l'entretien**

## **Lettre à lire au participant avant la tenue de l'entretien**

Bonjour \_\_\_\_\_ (nom du participant)

Avant de commencer l'entretien, j'aimerais vous rappeler que toutes les informations recueillies aujourd'hui resteront confidentielles. L'entretien, qui devrait durer environ 45 à 60 minutes, est enregistré et la fermeture du micro se fera lors de votre départ de la salle ou bien lorsque vous m'indiquerez que vous ne désirez plus être enregistré. Cet entretien sera transcrit par moi-même. Les données recueillies, donc les fichiers audio et les transcriptions, seront protégées à l'aide d'un mot de passe qui ne sera accessible qu'à moi-même ainsi qu'à mes deux directrices de mémoire. Tous les documents papiers seront numérisés et les numérisations produites seront également protégées par un mot de passe. Les documents papiers seront gardés sous clé dans un classeur dans le bureau de ma directrice de mémoire pendant une durée de sept ans. Les données numériques seront gardées pendant une durée de sept ans dans un fichier verrouillé à l'aide d'un mot de passe.

Il est à noter que vous pouvez vous retirer en tout temps de l'étude sans justification et sans aucune conséquence. Les données recueillies vous concernant seront à ce moment détruites et retirées de l'analyse des données de l'étude. Vous pouvez également en tout temps entrer en contact avec moi, par courriel, afin d'avoir des précisions par rapport au processus de recherche. Lors de la validation par les participants, vous serez, dans un premier temps, sollicité par courriel afin de lire la fiche synthèse de l'entretien individuel et d'apporter des précisions et des changements, au besoin. Dans un second temps, vous serez sollicité, encore une fois par courriel et de façon individuelle, afin de prendre connaissance des premiers résultats d'analyse. Vous serez alors invité à émettre vos commentaires. Les participants seront également avisés de la diffusion des résultats de l'étude lorsque ceux-ci seront rendus publics.

## **Appendice I : Aide-mémoire des ressources**



BESOIN  
D'AIDE?

## DES RESSOURCES SONT DISPONIBLES POUR VOUS

### Sur le département

Audrey Larone-Juneau, Cadre conseil en soins infirmiers

Poste 4445

Marilou Burelle, Conseillère en soins infirmiers

Poste 5930

Cynthia Breton, Conseillère en soins infirmiers

Poste 6149

Christine Trembay, Chef d'unité

Poste 3911

Martin Reichherzer, Chef d'unité

Poste 4959

### Dans l'hôpital et à la maison

Service d'aide aux employés

514-345-4931 poste 4888

Syndicat des employés

514-345-4765

spsic\_justine@hotmail.com

Tel-aide - Service d'écoute

514-935-1101

Institut universitaire en santé mentale Douglas- Informations sur le  
burnout

[www.douglas.qc.ca/info/depression-burn-out-traitement-prevention](http://www.douglas.qc.ca/info/depression-burn-out-traitement-prevention)

Revivre - Anxiété • Dépression • Bipolarité

Ligne sans frais : 1-866-REVIVRE (738-4873)

[www.revivre.org](http://www.revivre.org)



**Appendice J : Courriel envoyé aux participantes lors de la validation de leurs propos  
analysés**

## **Courriel envoyé aux participantes lors de la validation de leurs propos analysés**

Bonjour,

Suite à votre participation au projet d'étude sur la perception d'infirmières nouvellement diplômées sur leur compétence à assurer leur développement professionnel à la suite d'un Programme de résidence infirmière (PRI) à l'unité de soins néonataux, je souhaite vous inviter à prendre connaissance des résultats d'analyse préliminaire de l'étude. Si vous le désirez, vous pouvez me retourner, par courriel, vos commentaires et perceptions par rapport à ces résultats en m'écrivant à l'adresse courriel suivante : [lydia.tania.ziani@umontreal.ca](mailto:lydia.tania.ziani@umontreal.ca)

Sincères salutations,

Lydia Tania Ziani, inf. B. Sc, Et. M. Sc.



## **Appendice K : Exemple de thématisation**

## Exemple de thématization

Verbatim	Thème
<p>Pis t'sais, comme... proposer aussi des trucs aux médecins, t'sais, voir les traitements, est-ce que c'est vraiment efficace, pis comprendre un peu plus est-ce que... t'sais, ils ont prescrit mettons... je sais pas là, ils ont prescrit un bolus, est-ce que mon bolus fait vraiment effet ? T'sais. Je va plus pouvoir le voir, certains trucs, t'sais.</p>	<p style="text-align: center;">Collaboration interprofessionnelle</p>
<p>pis que je connais maintenant les médecins aussi, fait que t'sais, c'est moins gênant de demander.</p>	<p style="text-align: center;">Intégration dans l'équipe</p>
<p>« Parfait, tu veux pas venir... » fait que j'ai appelé l'inhalo pis j'ai dit : « Viens-t-en », t'sais. Mais, t'sais, j'aurais pas fait ça avant d'avoir travaillé sur l'unité. J'aurais pas fait... j'aurais pas appris que... j'aurais pas appris que l'inhalo a vraiment des bonnes connaissances pour ça pis qu'elle va l'évaluer vraiment bien, pis qu'elle va pouvoir me backer, en SIM.</p>	<p style="text-align: center;">Intégration dans l'équipe</p>
<p>Non? Ok. Pis est-ce que ce serait bien d'avoir ce « safe space là » ? R: Oui, ils l'ont. On peut aller les voir n'importe quand, pis s'il y a quelque chose qu'on n'aime pas pis qu'on va les voir, ils le savent. Mais ils ont pas le... la baguette magique. Fait que malgré que tu vas les voir pour dire : « Telle personne, ça a pas été », c'est pas parce qu'elle va parler à telle personne que toutes les 10 autres personnes vont avoir le message. Q: Um-hum. R: Fait qu'elles font qu'est-ce qu'elles peuvent dans la limite de qu'est-ce qu'elles peuvent.</p>	<p style="text-align: center;">Aide limitée des conseillères sur la culture de performance/attitudes</p>
<p>on devient quand même proche avec la... les conseillères...</p>	<p style="text-align: center;">Aide à la proximité avec personne ressource</p>
<p>, on dirait que je suis m..., vraiment moins gênée d'aller les voir que peut-être si je l'aurais... je leur ai moins parlé (ricane).</p>	<p style="text-align: center;">Aide à la proximité avec personne ressource</p>
<p>Euh... bien, en fait, ce que j'apprécie, c'est que les conseillères, ben, elles sont au courant d'où est-ce qu'on est rendus, donc c'est des gens à qui je peux me confier ou justement, quand j'ai des questions, peu importe... sont facilement accessibles, donc je peux leur écrire. On va me répondre rapidement.</p>	<p style="text-align: center;">Conseillères = une ressource qui connaît notre parcours</p>
<p>Fait que, oui, tu développes ta façon d'aller chercher des outils, mais pas nécessairement... on t'apprend pas nécessairement c'est quoi les outils qui s'offrent à toi après, c'est-tu ça? R: Non, pas vraiment. C'est... peut-être qu'ils... ils te les présentent tous, mais ils te montrent pas peut-être le... l'importance ou l'utilité ou ils... Q: Ok. R: ... ils te les présentent pas, ils te disent que ça existe pis que tu vas le recevoir par courriel. Mais ils... personnellement, je me rappelle pas vraiment m'être fait expliquer c'était quoi ça, là, par exemple. Q: Ok. R: Je me rappelle pas m'être faite vraiment ouvrir l'ordinateur pis montrer :</p>	<p style="text-align: center;">Utilisation de certains outils appris grâce aux pairs</p>

« Ben, dans telle place, tu vas là. » T'sais, on l'a pas nécessairement fait. On sait que ça existe, on sait à peu près comment, mais... Q: Pis maintenant pourquoi tu penses que tu le fais naturellement? R: Peut-être parce que tout le monde le fait, tout le monde se... s'encourage un peu à le faire

J'ai toujours été de nuit, en fait, de tous mes emplois que j'ai occupés, euh... c'est... je trouve qu'on est... on a un rôle un peu plus autonome quand on est de nuit. On y repense deux fois avant d'aviser l'équipe médicale, tandis que de jour c'est un peu plus facile de décrocher le téléphone. Ben, là, on y pense un peu plus. « Qu'est-ce que je peux faire de plus comme évaluation avant d'appeler le médecin? » Euh... donc, pour moi, c'est un aspect que j'aime beaucoup d'être de nuit. Il y a personne qui part avec ton dossier pis tu sais pas c'est qui, puis t'sais ce brouhaha-là de jour, ben, je le vis pas. Donc, j'adore ça (ricane). J'ai un peu plus le contrôle.

Quart de nuit =  
permet de se poser  
plus de questions  
avant de se tourner  
vers une ressource

## **Appendice L : Exemple de regroupements**

## Exemples de regroupements

Thèmes	Regroupement 1	Regroupements 2	Regroupements 3	Regroupements 4	
Pas de pratique accompagnée de la théorie = moins aidant à retenir la théorie	Activités et structure du PRI	Application de la théorie	Exposition aux situations vues en théories	Exposition directe	
Récurrence d'évènements aide à l'intégration				Alternance théorie / pratique	
Manque d'exposition aux situations permettant de mettre en pratique les apprentissages + besoin d'être confronté à des situations pour apprendre					
Besoin d'appliquer la théorie vue en journée de PRI					
Faire des liens entre la théorie et des cas réels				Exposition indirecte	
Ouverture sur les cas sur le département					
Liens entre théorie et cas concrets				Alternance théorie/pratique	
Application des apprentissages en situation réelle					
Apprentissages graduels grâce aux aller-retours entre la pratique clinique et la théorie				Exposition graduelle	
Voir la théorie après avoir fait l'expérience = aidant pour le perfectionnement des compétences				Alternance théorie/ pratique	
Besoin de mise en application rapide de la théorie				Exposition graduelle	Besoin d'exposition rapide
Besoin de mise en application rapide de la théorie					Alternance théorie/pratique

Intégration graduelle de la théorie aide à l'application dans la pratique clinique				Alternance théorie/ pratique	
Exposition indirecte et graduelle à des cas réels				Exposition indirecte	
Retourner dans la théorie après avoir eu des journées de préceptorat = aidant				Alternance théorie/ pratique	
Formation théorique permet développement et application des connaissances		Connaissances spécifiques			
Beaucoup de nouvelles connaissances à apprendre					
Besoin de mise à niveau					
Surspécialité justifie le PRI					
PRI permet de donner des bases nécessaires pour pratiquer dans le milieu					
Apprendre une philosophie de soins et bien faire les soins					
Stratégie d'apprentissage déjà connue			Stratégies d'apprentissage non efficace	APP et schémas	
APP = méthode moins aidante, même si connue					
Se base sur méthodes d'apprentissage déjà intégrées avant le PRI				Pré-PRI	
Désir de voir la théorie sur une plus longue période de temps				Fréquence de la théorie	
Apprentissage actif aide à la rétention d'information		Stratégies d'apprentissage aidantes	Apprentissage actif	APP	
Pratique en laboratoire permet de comprendre les gestes cliniques				Laboratoires et manipulations	
Manipulation aide à comprendre la théorie					

Laboratoire et simulations permettent de pratiquer avant d'être dans une situation réelle			
Laboratoire et simulation permettent d'avoir confiance en soi			
Opportunité de partage des connaissances restreintes aux journées de théorie		Échanges et pratique réflexive	
Retour sur des situations vécues aide à faire mieux une prochaine fois			
Échanges dans les discussions de groupe = enrichissant			
Alterner théorie et pratique permet de prendre du recul et de se poser des questions sur sa pratique			Alternance théorie/pratique
Désir de voir la théorie sur une plus longue période de temps		Fréquence de la théorie	
Apprentissage par modèle de rôle aide à collaborer avec les autres		Modèle de rôle	
Présence de modèle de rôle		Modèle de rôle	