

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
KÉANNE BOILY

LA PERCEPTION DE L'INFIRMIÈRE DÉBUTANTE QUÉBÉCOISE DIPLÔMÉE D'UN
PROGRAMME D'ÉTUDES COLLÉGIALES EN LIEN AVEC L'ADÉQUATION DE LA
FORMATION REÇUE, LES COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES ET LES EXIGENCES AU
SEUIL D'ENTRÉE À LA PROFESSION

17 AVRIL 2023

Sommaire

Un écart entre la préparation académique et les exigences au seuil d'entrée à la profession pose des défis de taille pour l'infirmière débutante dans l'accomplissement de ses activités professionnelles. Ces défis la prédisposent à des difficultés de transition et d'acquisition de rôle se répercutant sur sa santé psychologique et sur la sécurité et la qualité des soins prodigués. Cette étude qualitative exploratoire rétrospective avait pour but d'explorer la perception de l'infirmière débutante québécoise en lien avec l'adéquation de la formation collégiale reçue, les compétences développées et les exigences au seuil d'entrée à la profession. Elle a permis d'explorer les compétences de la nouvelle infirmière nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles et de dégager les facteurs limitant et facilitant l'appropriation de ces compétences en regard de la formation collégiale reçue. Des entrevues semi-dirigées individuelles ont été conduites auprès de quinze ($n = 15$) infirmières débutantes ayant diplômé d'un programme d'études collégiales en soins infirmiers, travaillant dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) au Québec. L'étude s'est appuyée sur le cadre de référence de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, & Bellavance, 2009). Une analyse de contenu des données recueillies a été réalisée. Les résultats ont démontré les difficultés vécues de l'infirmière débutante lors de son entrée sur le marché du travail au niveau de; la prise en charge d'un patient instable, la coordination des soins, l'autonomie décisionnelle, l'utilisation des résultats probants et la collaboration interdisciplinaire. Par ailleurs, communiquer avec les patients,

faire preuve de professionnalisme, intervenir et effectuer le suivi d'une situation de santé stable, sont des facilités qui ont été soulevées par les nouvelles infirmières. En parallèle, des facteurs facilitant l'appropriation des compétences en lien avec la formation collégiale reçue ont été rapportés, et font principalement référence à l'apprentissage expérientiel et technique. D'autre part, la représentativité de la réalité clinique en stage, les approches pédagogiques et le fonctionnement en stage ont été identifiés comme étant des facteurs limitant le développement des compétences de la relève infirmière lors de la formation collégiale reçue. À la lumière des résultats obtenus, plusieurs constats peuvent être établis quant au niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante ayant suivi une formation collégiale en soins infirmiers, soulevant l'écart entre les compétences développées au terme de cette formation et celles attendues par les milieux cliniques au seuil d'entrée à la profession. L'infirmière débutante est confrontée à des situations cliniques pour lesquelles elle n'a pas été initiée durant sa formation, ce qui peut l'amener à vivre de l'anxiété, perdre confiance en elle, rencontrer des difficultés à accomplir son rôle professionnel, commettre des erreurs ou encore, décider de quitter la profession. À cet égard, des recommandations dans les cinq champs de la pratique infirmière ont été élaborées afin d'améliorer les compétences cliniques minimales de la relève infirmière en début de pratique en vue d'une meilleure appropriation de ses activités professionnelles, gage d'une prestation de soins de qualité et sécuritaire.

Mots-clés : infirmières débutantes, formation initiale, compétences, activités professionnelles, transition.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	ix
Introduction	11
Problématique	15
Compétences à développer.....	19
Pertinence de la recherche.....	22
But et objectifs de la recherche	24
Recension des écrits	25
Transition et appropriation du rôle de la nouvelle infirmière	27
Impacts sur la qualité et la sécurité des soins.....	30
Cadre de référence	33
Définition du concept de compétence en sciences infirmières	38
Méthodologie	42
Devis de recherche	43
Population et échantillon.....	45
Milieu à l'étude	48
Stratégie d'échantillonnage et recrutement	49
Déroulement de l'étude	50
Collecte et analyse des données	51
Entrevue individuelle semi-dirigée	51
Outils de collecte des données	52
Questionnaire sociodémographique.....	52
Guide d'entrevue.....	53
Validation de contenu et prétest des outils de collecte de données	54
Analyse de contenu thématique	55

Étape 1 : Condensation des données.	57
Étape 2 : Présentation des données et mise en relation des thèmes.	58
Étape 3 : Élaboration de conclusion et validation.	60
Critères de scientificité.....	60
Considérations éthiques	62
Résultats.....	64
Profil sociodémographique des participantes.....	65
Résultats des analyses qualitatives.....	68
Objectif 1 : Niveau d’acquisition des compétences nécessaires à l’accomplissement des activités professionnelles de l’infirmière débutante	68
Composante fonctionnelle.....	73
Organisation des soins avec une charge de travail inconnue.	73
Professionnalisme.....	74
Collaboration interdisciplinaire et communication.	75
Pratique infirmière basée sur des résultats probants.....	76
Composante professionnelle.	76
Autonomie décisionnelle.....	77
Coordination des soins.	78
Leadership.	78
Composante contextuelle.	79
Interventions cliniques adaptées au contexte de soins.	79
Détection précoce et intervention rapide en cas de détérioration de l’état de santé.....	81
Objectif 2 : Facteurs de la formation collégiale influençant l’acquisition des compétences de l’infirmière débutante	82
Composante fonctionnelle.....	86
Pratique infirmière appuyée sur des assises scientifiques.	86
Fonctionnement en stage.	86
Intégration des connaissances et des compétences.....	89
Mode d’apprentissage en classe et en stage.	90
Composante professionnelle.	91

Responsabilités professionnelles dans la coordination des soins et la collaboration interdisciplinaire.....	91
Composante contextuelle.....	94
Rôle professionnel dans la prise en charge des patients en stage.....	94
Synthèse des résultats.....	95
Discussion.....	96
Composante fonctionnelle.....	97
Composante professionnelle.....	107
Composante contextuelle.....	108
Recommandations dans les cinq champs de la pratique infirmière.....	113
La formation.....	113
La clinique.....	115
La gestion.....	115
La politique.....	117
La recherche.....	118
Forces et limites de l'étude.....	118
Conclusion.....	121
Références.....	123
Appendice A.....	133
Appendice B.....	136
Appendice C.....	139
Appendice D.....	143
Appendice E.....	148
Appendice F.....	155

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=15).....	67
Tableau 2	Niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante.....	69
Tableau 3	Facteurs de la formation collégiale influençant l'acquisition des compétences de l'infirmière débutante	83

Liste des figures

Figure 1	Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière.....	36
Figure 2	Méthode d'analyse des données	56

Remerciements

Mes études supérieures ont été sans nul doute accompagnées de grands défis, tout comme de nombreuses incertitudes. C'est à travers cette belle aventure scientifique que j'ai eu le plaisir d'apprendre et de développer mon expertise professionnelle sur un sujet qui me tient à cœur.

Je tiens particulièrement à exprimer toute ma gratitude à mes directrices de recherche, Sylvie Charette et Caroline Longpré, qui m'ont accompagnée tout au long de mes études. Avec ce projet très ambitieux, les mots me manquent pour vous dire à quel point je vous suis reconnaissante pour votre accompagnement, votre patience et votre soutien tout au long de mes réalisations. La complémentarité de vos perspectives a permis de faire grandir ce projet de recherche et d'alimenter de grandes discussions à travers lesquelles j'ai appris à m'exprimer avec une rigueur scientifique en tant qu'étudiante-chercheuse lors de mes différentes présentations. Vous avez toujours été disponibles et à l'écoute lors des moments plus difficiles. Sylvie, Caroline, merci d'avoir cru en mes capacités à accomplir un projet de cette envergure ainsi que des multiples réalisations connexes à ce projet. Je n'aurais jamais cru possible de faire tous ces accomplissements lors de mon entrée dans ce programme. Ce fut un réel plaisir d'apprendre sous votre direction et votre présence va me manquer. Je désire également remercier les membres du comité jury, Louise Bélanger et Sylvain Brousseau. Vos commentaires constructifs ont permis de me dépasser et de faire évoluer ce mémoire au point où il en est aujourd'hui. Un énorme merci pour votre implication et vos judicieux conseils!

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes proches. Un merci chaleureux à mes parents, Josée et Yvon, qui m'ont accompagnée et encouragée depuis mon plus jeune âge dans mes études et le sport. Vous m'avez appris l'importance de la persévérance dans l'atteinte de mes objectifs autant que l'importance de toujours faire ce que l'on aime avec dévouement. À mes deux sœurs, Kim et Kloée, qui ont su m'écouter dans les moments plus difficiles, votre présence et vos paroles ont été réconfortantes tout au long de mon cheminement. Merci à mes deux enfants, Charlie et Liam, qui sont une source d'inspiration constante dans la continuité de mes études. En terminant, un merci tout particulier à mon amoureux et ami, Martin. Sans ton accompagnement, ta patience et ton soutien, qui sont non négligeables dans mon cheminement, je crois que je n'aurais jamais terminé mon programme de formation technique en soins infirmiers. Tu as toujours su trouver les mots pour m'encourager à me dépasser et je suis fière de t'avoir comme partenaire de vie. Ton soutien durant cette maîtrise me laisse sans mot. Je suis reconnaissante d'avoir des personnes aussi extraordinaires dans ma vie et à vous toutes, je vous dis merci!

Introduction

Dès l'entrée sur le marché du travail, la relève infirmière¹ se doit de prodiguer des soins sécuritaires et de qualité. Cependant, les écrits scientifiques démontrent qu'elle éprouve des difficultés à accomplir pleinement ses activités professionnelles en début de pratique se répercutant ainsi sur la qualité et la sécurité des soins prodigués (Aydogan & Ulupinar, 2020; Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Widarsson, Asp, Letterstål, & Källestedt, 2020). Divers facteurs peuvent expliquer cette problématique, tels que l'insuffisance de temps consacré à la période d'orientation, l'absence ou l'insuffisance d'expérience de travail dans un établissement de santé pendant les études, l'augmentation de la complexité des soins ou même les conditions de travail difficiles (Gardulf et al., 2016; Hawkins, Jeong, & Smith, 2019; Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016). Par ailleurs, dans le cadre de cette étude qualitative exploratoire, le facteur ayant retenu notre attention pouvant être associé aux difficultés pour la relève infirmière d'accomplir pleinement ses activités professionnelles est celui de la formation initiale reçue. Dans les écrits scientifiques recensés, il appert y avoir un écart entre la formation initiale et les exigences au seuil d'entrée à la profession engendrant des défis de taille pour l'infirmière débutante² dans sa capacité à accomplir pleinement ses activités professionnelles (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Ulupinar & Aydogan, 2021; Widarsson et al., 2020). Cet écart entre la formation et la pratique a été démontré internationalement et les auteurs d'études portant sur le sujet soulignent que des recherches empiriques

¹ Le féminin englobe le masculin afin d'alléger le texte.

² Selon le modèle *de Novice à expert* (Benner, 1995) qui décrit les stades du développement de l'expertise professionnelle de l'infirmière, le stade d'infirmière débutante représente l'infirmière qui est dans ses deux premières années de travail.

supplémentaires sont nécessaires afin de mieux identifier et comprendre les retombées de la formation initiale infirmière reçue sur les capacités de l'infirmière à accomplir pleinement son rôle en début de pratique (Hawkins et al., 2019; Hyun, Tower, & Turner, 2020; Widarsson et al., 2020; Willman, Bjuresäter, & Nilsson, 2020). Au Québec, différentes voies d'accès à la profession infirmière sont disponibles; soit par une formation collégiale ou par une formation universitaire. Au regard de ce contexte spécifique de formation, il a paru important d'explorer le niveau d'acquisition des compétences³ nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de la nouvelle infirmière en lien avec l'une de ces voies d'accès, celle représentant le plus grand bassin d'infirmières diplômées au Québec, soit la formation collégiale. Cette étude a permis de mieux comprendre le niveau d'adéquation entre la formation collégiale reçue, les compétences développées et les exigences au seuil d'entrée à la profession infirmière au Québec. En ce sens, des recommandations dans les cinq champs de la profession infirmière sont issues des résultats et sont proposées dans le but de répondre à des préoccupations concernant la préparation de la relève infirmière à assumer ses fonctions en début de carrière.

Dans ce mémoire, la problématique de recherche ainsi que le but et les objectifs identifiés pour cette étude seront premièrement présentés suivi de la recension des écrits

³ La compétence est définie comme « 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).

réalisée. Par la suite, une description du cadre de référence retenu, sa pertinence et sa relation avec le domaine des sciences infirmières ainsi que la définition du concept à l'étude sera exposé. Pour poursuivre, l'approche méthodologique utilisée, incluant la population cible, l'échantillon, la collecte et l'analyse des données et le volet se rapportant à l'éthique et aux critères de scientificité sera présenté. Les résultats obtenus seront ensuite mis de l'avant. Ainsi, une discussion sur les résultats obtenus en lien avec le but et les objectifs spécifiques de cette étude ainsi que des recommandations selon les cinq champs de la pratique infirmière sera abordé. Finalement, les forces et limites ainsi que la conclusion de cette étude complètent ce mémoire.

Problématique

Ce chapitre présente la problématique de cette étude. Ainsi, les éléments qui délimitent l'objet de l'étude réalisée seront présentés. Dans cet esprit, vous serez guidés au travers les différentes balises visant à déterminer progressivement le domaine d'étude, ainsi qu'à cerner le problème, le but et les objectifs de cette recherche.

Dans les écrits scientifiques, un écart est constaté entre les rôles que la nouvelle infirmière doit assumer lors de son entrée en fonction sur le marché du travail et la préparation académique qu'elle a reçue lors de sa formation initiale (Kavanagh & Szweda, 2017; Numminen, Laine, Isoaho, Hupli, Leino-Kilpi, & Meretoja, 2014; Ortiz, 2016; Widarsson et al., 2020). Conséquemment, ceci prédispose à diverses problématiques, dont celle retenue dans le cadre de cette étude qui réside dans le fait que l'infirmière débutante éprouve des difficultés dans la réalisation de ses activités professionnelles lors de son entrée en fonction sur le marché du travail. À la lumière des écrits, il est possible d'envisager que l'écart entre la préparation académique et les exigences au seuil d'entrée à la profession pourrait être en lien avec l'augmentation de la complexité des soins exigeant des compétences qui vont au-delà de ce qui est acquis durant la formation (Dharmarajan et al., 2016; Kavanagh & Szweda, 2017; Lima, Newall, Jordan, Hamilton, & Kinney, 2016; Ortiz, 2016; Willman et al., 2020). À cet égard, le vieillissement de la population augmente le nombre de patients admis à l'hôpital ayant des besoins de soins plus complexes et secondaires à des comorbidités, une polymédication et des désordres de santé multisystémiques qui requiert des compétences plus avancées chez la nouvelle infirmière (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Willman et al., 2020). Les avancées

technologiques et l'innovation clinique dans les établissements de santé complexifient également les soins prodigués (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Sturmberg & Lanham, 2014).

En ajout à la complexité grandissante des soins creusant l'écart entre la formation initiale actuelle et les exigences dans les milieux cliniques, de nombreux articles scientifiques démontrent une disparité entre la vision des établissements d'enseignement et celle des établissements de soins de santé sur le niveau des compétences attendues de la relève infirmière au seuil d'entrée à la profession (Hyun et al., 2020; Numminen et al., 2014; Widarsson et al., 2020). L'écart pourrait alors provenir du fait que la préparation académique ne reflète pas la complexité des soins réellement prodigués (Hyun et al., 2020; Numminen et al., 2014). Durant sa formation, l'étudiante est confiante d'accomplir ses activités professionnelles selon les exigences attendues par la formation initiale (Widarsson et al., 2020). Cependant, il est démontré que cette confiance diminue drastiquement lors de son entrée sur le marché du travail en regard de l'ampleur du rôle et des responsabilités à accomplir qui nécessitent des compétences plus avancées de ce qui a été appris (Gardulf et al., 2016; Hyun et al. 2020; Ortiz, 2016). Ce constat soutient le manque de préparation académique chez la relève infirmière par une incohérence entre le contenu des cursus de formation et les attentes des milieux cliniques (Ulupinar & Aydogan, 2021; Walker, Costa, Foster, & de Bruin, 2017; Widarsson et al., 2020). En ce sens, le sentiment de ne pas être bien préparée à accomplir pleinement le rôle attendu de l'infirmière en début de pratique est une thématique récurrente dans les écrits consultés

(Hyun et al., 2020; Missen, McKenna, Beauchamp, & Larkins, 2016a; Ulupinar & Aydogan, 2021; Walker et al., 2017; Widarsson et al., 2020). De plus, la relève infirmière reconnaît avoir un besoin de formation supplémentaire pour être apte à accomplir pleinement son rôle en début de pratique (Missen, McKenna, & Beauchamp, 2016b; Widarsson et al., 2020; Willman et al., 2020). À cet effet, il a été soulevé que l'étudiante en stage a rarement la pleine responsabilité des activités professionnelles de l'infirmière (Hawkins et al., 2019; Sterner, Hagiwara, Ramstrand, & Palmér, 2019; Walker et al., 2017). Dans la revue systématique de Walker et al. (2017), les nouvelles infirmières rapportent que leurs responsabilités en début de pratique sont beaucoup plus grandes que leur niveau de compétence, rendant difficile l'accomplissement du rôle attendu d'elles dans les milieux cliniques. À cet égard, il est intéressant de constater qu'au Québec, seulement 46,1 % des 2 276 diplômées d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers ont mentionné avoir un sentiment de compétence élevée dans l'exercice de leur profession durant l'année suivant leur diplomation (ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MÉES], 2020). Ce taux est le plus bas de tous les programmes d'études techniques en santé (moyenne de 53,6 %) et le plus faible de l'ensemble des personnes ayant diplômé d'un programme d'études collégiales (moyenne de 55,9 %) (MÉES, 2020). Ce constat est également partagé par le Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Comité jeunesse de l'OIIQ, 2021) dans son plus récent avis qui concluait que « les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ne sont pas adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique » (p.12).

Compétences à développer

L'écart entre la préparation académique reçue lors de sa formation initiale et les exigences accrues des milieux de soins apportent chez l'infirmière débutante des difficultés dans l'accomplissement de ses activités professionnelles (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Ulupinar & Aydogan, 2021; Widarsson et al., 2020). Plusieurs compétences, qui sont préalables à l'accomplissement des activités professionnelles de la nouvelle infirmière, ont été démontrées dans les écrits scientifiques comme étant insuffisamment développées lors de la formation (Djukic, Stimpfel, & Kovner, 2019; Loversidge, Yen, Chipps, Gallagher-Ford, Genter, & Buck, 2018; Lee, Kim, Jung, & Kang, 2019; Song & McCreary 2020; Ulupinar & Aydogan, 2021). La collaboration interdisciplinaire en est un premier exemple (Bemis, 2018; Charette, Goudreau, & Bourbonnais, 2019a; Numminen et al., 2014; Missen, McKenna, & Beauchamp, 2015; Song & McCreary, 2020). Ayant peu de connaissances sur les responsabilités des autres professionnels de la santé, il est difficile pour la nouvelle infirmière de concevoir son rôle spécifique dans l'équipe interdisciplinaire vu le chevauchement de certaines fonctions cliniques (Gardulf et al., 2016; Hawkins et al., 2019). Conséquemment, ce manque de connaissance mène à des difficultés dans la communication au risque d'augmenter les conflits interprofessionnels (Gardulf et al., 2016; Missen et al., 2015; Widarsson et al., 2020).

Un second exemple est la coordination des soins (Bemis, 2018; Charette et al., 2019a; Numminem et al., 2014; Widarsson et al., 2020). Ce constat se manifeste par des

difficultés de compréhension de l'épisode de soins de la personne soignée. En effet, la nouvelle infirmière est principalement concentrée sur les activités de soins immédiates à effectuer auprès du patient aux dépens d'une vision plus holistique de la situation clinique (Charette et al., 2019a; Missen et al., 2016b; Numminen et al., 2014; Rusch, Manz, Hercinger, Oertwich, & McCafferty, 2019; Widarsson et al., 2020). En outre, les rôles administratifs font partie intégrante des activités professionnelles de la nouvelle infirmière et nécessitent des compétences en coordination des soins qui sont notées comme étant peu pratiquées lors de la formation, comparativement aux compétences associées aux soins directs prodigués aux patients (Lee et al., 2019; Song & McCreary, 2020; Numminen et al., 2014; Widarsson et al., 2020). À première vue, ces activités administratives semblent être anodines. Cependant, elles sont essentielles dans la gestion d'un épisode de soins et des plus importantes afin d'assurer une continuité des soins en toute collaboration auprès des autres professionnels de la santé (Lee et al., 2019).

La supervision de personnel et la délégation d'activités au sein de l'équipe de soins immédiats sont d'autres activités professionnelles de l'infirmière débutante des plus importantes dans la gestion d'un épisode de soins et pour lesquelles elle est moins bien préparée (Gardulf et al., 2016; Song & McCreary, 2020; Widarsson et al., 2020). En ce sens, déléguer et superviser une équipe composée d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires est un rôle qui a été peu appris, voire non pratiqué durant la formation initiale (Bemis, 2018; Charette et al., 2019a; Gardulf et al., 2016; Song & McCreary, 2020). À cet égard, la nouvelle infirmière doit être capable de prendre des décisions tout

en faisant preuve de leadership. Dans les travaux de Missen et al. (2016a), 51.3% des nouvelles infirmières ($n = 245$) ont mentionné avoir des difficultés à faire preuve de leadership au sein d'une équipe de soins par un manque de connaissance et de pratique de ce rôle lors de la formation initiale. Cette compétence s'avère cependant essentielle pour la mobilisation des partenaires de soins, la collaboration intra et interdisciplinaire ainsi que la prise de décision (Bemis, 2018; Gardulf et al., 2016; Widarsson et al., 2020; Xie et al., 2021; Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh, & Taleghanis, 2015).

Ces différents exemples de compétences insuffisamment acquises lors de la formation initiale provenant des écrits recensés demeurent une préoccupation si l'on considère les conséquences qui y sont associées. En effet, les compétences cliniques sont intimement liées à la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients et il est donc essentiel de s'assurer que l'infirmière nouvellement diplômée soit préparée adéquatement afin d'offrir des soins qui répondent à ces critères (Djukic et al., 2019; Lee et al., 2019; Lima et al., 2016). D'autant plus que le manque de préparation académique, se démontrant par des compétences insuffisamment développées, prédispose l'infirmière débutante à des difficultés dans l'accomplissement de ses activités professionnelles (Hyun et al., 2020; Missen et al., 2016b; Ulupinar & Aydogan, 2021; Walker et al., 2017; Widarsson et al., 2020). Des difficultés de transition⁴ et d'appropriation de rôle peuvent également être

⁴ La transition fait référence à un processus d'ajustement lors d'un changement de rôle, des responsabilités ou des relations [Traduction libre] (Duchscher, 2008).

observées, se répercutant ainsi sur la santé psychologique des infirmières débutantes (Duchscher, 2008; Wakefield, 2018; Walker et al., 2017; Zamanzadeh et al., 2015).

Pertinence de la recherche

En somme, l'ampleur de cette problématique se démontre par des difficultés de transition et d'acquisition du rôle infirmier ayant des impacts importants sur l'intégration dans les milieux cliniques, la santé physique et mentale de la relève infirmière, ainsi que sur la qualité des soins prodigués et la sécurité des patients. Ces constats permettent d'émettre des questionnements sur l'état du développement des compétences de l'infirmière débutante québécoise suite à sa formation initiale, nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles.

Au regard de cette problématique, il paraissait important de s'intéresser à la préparation académique de la relève infirmière québécoise. En effet, au Québec, il y a actuellement deux voies d'accès possibles à la diplomation de la profession infirmière: soit par l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers ou par l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières via le parcours de formation initiale. À notre connaissance, il n'y a aucune étude réalisée au Québec portant sur la perception de l'infirmière débutante en regard du niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles au terme de la formation collégiale. Bien que certaines études, telles que celles de Hyun et al. (2020), Lee et al. (2019) et Song et McCreary (2020) aient été menées ailleurs dans le monde, la perspective québécoise est

précieuse compte tenu des particularités du parcours de formation. De ce fait, les résultats probants disponibles actuellement au niveau international, incluent des infirmières majoritairement diplômées d'études universitaires constituant le niveau de formation initiale généralement statué, à l'instar de la réalité québécoise. Il paraît donc important d'explorer la population des infirmières ayant diplômé d'un programme de formation collégiale en soins infirmiers au Québec, d'autant plus qu'elles représentaient 60% de la relève infirmière en 2021-2022 (OIIQ, 2022a).

La présente étude qualitative s'inscrit d'abord et avant tout dans l'avancement des connaissances en sciences infirmières en apportant une meilleure compréhension des perceptions de l'infirmière nouvellement diplômée d'un programme d'études collégiales au Québec sur le niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles en début de carrière. En mettant en relation les perceptions des infirmières avec la formation initiale reçue, il a été, entre autres, possible d'émettre des recommandations plus spécifiques sur le programme de formation collégiale, ainsi que pour les cinq champs de la pratique infirmière. Ces recommandations visent à améliorer les compétences cliniques minimales de la relève infirmière en début de pratique de manière à permettre une meilleure appropriation de ses activités professionnelles assurant ainsi la qualité et la sécurité des soins prodigués.

But et objectifs de la recherche

Prenant appui sur le cadre de référence de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (Leprohon et al., 2009), la présente étude qualitative exploratoire rétrospective a pour but d'explorer les perceptions de l'infirmière débutante détentrice d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers quant à l'adéquation entre la formation qu'elle a reçue, les compétences développées et les exigences attendues au seuil d'entrée à la profession. Plus précisément, elle permettra de répondre aux objectifs spécifiques suivants:

1. Décrire le niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles;
2. Décrire les facteurs limitant et facilitant l'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante associés à la formation collégiale reçue.

Recension des écrits

Ce chapitre aborde la recension des écrits qui dresse l'état des connaissances empiriques sur la problématique à l'étude qui a permis de mieux cibler les lacunes scientifiques sur l'objet d'étude et ainsi, de préciser les intérêts de recherche. À cet égard, les questionnements initiaux portant sur le niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante au terme de sa formation initiale ont permis de guider cette recension des écrits. Celle-ci a été réalisée à l'aide de mots clés spécifiques à l'objet d'étude : « *new nurses OR new graduate nurses OR novice nurses OR young nurses* » ET « *competence OR competency OR competencias OR skills* » ET « *nursing education OR nurse education OR training program* ». Une stratégie de recherche de type Booléen a été utilisée. Les bases de données qui ont été consultées sont : CINAHL, MEDLINE, Education Source et Erudit. Selon des critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis, vingt-trois articles ont été retenus. Les articles choisis devaient être rédigés en anglais ou en français, avoir été publiés entre 2015 et 2021, être accessibles en texte intégral et comprendre les mots clés dans le titre. Finalement, sous la base des résumés, les articles portant sur les simulations cliniques, les programmes de préceptorat/mentorat dans les milieux cliniques, le temps de probation/orientation dans les milieux cliniques, les infirmières en pratique avancée et l'effet de la pandémie du COVID-19 sur la formation, ont été exclus, ne répondant pas à l'objet d'étude en question. Un article de source secondaire datant de 2014 a été retenu attribuable à l'importance de ses résultats en lien avec l'objet d'étude. À noter qu'aucun article recensé dans la base de données Erudit n'a été retenu, ne répondant pas aux critères

de recherche. Les résultats de cette recension des écrits sont exposés dans les deux prochaines sections.

Transition et appropriation du rôle de la nouvelle infirmière

Les écrits recensés ont permis de faire état des connaissances sur les difficultés dans l'accomplissement des infirmières débutantes ainsi que sur les compétences insuffisamment développées au terme de ses études, tout niveau de formation confondu. Des exemples ont été détaillés dans la problématique afin de soutenir la pertinence de cette étude. L'écart entre les compétences acquises au terme de la formation initiale reçue et des compétences attendues au seuil d'entrée à la profession engendre plusieurs impacts sur l'appropriation du rôle de la relève infirmière se manifestant par de la désorganisation, de l'insécurité dans la prise de décision et dans la priorisation des soins, une intensification des activités de soins, ainsi qu'une diminution de l'autonomie professionnelle (Charette et al., 2019a; Gardulf et al., 2016; Lee et al., 2019; Lima et al., 2016; Missen et al., 2015; Missen et al., 2016b; Walker et al., 2017). Ces difficultés influencent d'ailleurs la transition du rôle d'étudiante à celui d'infirmière et engendrent des impacts psychologiques et émotionnels démontrés (Wakefield, 2018; Walker et al., 2017; Zamanzadeh et al., 2015). Entre autres, il est question d'une augmentation du stress et de l'anxiété, d'un isolement professionnel, d'une désillusion du rôle de l'infirmière, d'une démotivation, ainsi qu'une diminution de l'estime et de la confiance en soi (Duchscher, 2008; Wakefield, 2018; Walker et al., 2017; Zamanzadeh et al., 2015).

Il a été également noté que la nouvelle infirmière reçoit beaucoup de critiques et de remarques désobligeantes sur sa performance et elle se sent frustrée de ne pas avoir les compétences nécessaires pour réaliser ses activités professionnelles attendues de façon autonome (Walker et al., 2017; Zamanzadeh et al., 2015). La relève infirmière ayant peu d'autonomie professionnelle se réfère beaucoup à ses collègues pour chercher de l'information rapidement et valider ses perceptions au détriment des résultats probants (Zamanzadeh et al., 2015). Toutefois, ces dernières ne sont pas toujours disponibles pour la soutenir dans son nouveau rôle, ce qui provoque un sentiment de solitude, d'isolement et un manque d'appartenance à l'unité de soins (Hawkins et al., 2019; Zamanzadeh et al., 2015). Dans l'étude mixte de Bemis (2018), selon les infirmières gestionnaires en milieu clinique ($n = 36$), plusieurs ressources scientifiques sont mises à la disposition de la relève infirmière. Cependant, ces gestionnaires soulèvent une sous-utilisation des résultats probants dans la pratique de la relève infirmière. Ceci serait dû à un manque de formation causant ainsi des difficultés à poser un regard scientifique minimal pour analyser la pertinence des articles recensés en lien avec la situation clinique rencontrée (Bemis, 2018; Widarsson et al., 2020).

Dans les écrits, l'expérience vécue par l'infirmière débutante durant cette transition est décrite comme étant dominée par certaines peurs, dont celle de commettre des erreurs, d'oublier quelque chose ou même, de causer préjudice à un patient (Hawkins et al., 2019; Wakefield, 2018; Widarsson et al., 2020; Zamanzadeh et al., 2015). Ce sentiment serait causé par des difficultés à assumer les pleines responsabilités

professionnelles du rôle de l'infirmière de manière autonome en début de carrière (Hawkins et al., 2019; Song & McCreary, 2020; Willman et al., 2020). Ainsi, ces difficultés d'appropriation de rôle et de transition seraient majoritairement causées par une disparité entre la conceptualisation de la réalité de l'infirmière idéalisée par l'étudiante durant sa formation et ce qui est réellement vécu sur les unités en tant que nouvelle infirmière (Duchscher, 2008; Hawkins et al., 2019; Walker et al., 2017). Dans les écrits recensés, la formation académique est rapportée comme étant non représentative de la réalité du rôle de l'infirmière (Hyun et al., 2020; Lee et al., 2019; Walker et al., 2017; Widarsson et al., 2020). Un des exemples les plus parlant soutenant ce constat est la prise en charge limitée de patients en stage qui varie entre un à trois patients par étudiante infirmière (Charette et al., 2019a; Ortiz, 2016). En comparaison, lors de son entrée en fonction sur le marché du travail, il n'est pas rare qu'elle ait à sa charge une section complète comportant un nombre de patients, trois, quatre et même cinq fois plus élevé que ce qui a été pratiqué lors de sa formation, augmentant ainsi drastiquement sa charge de travail (Charette et al., 2019a; Ortiz, 2016). Dans l'étude quantitative d'Ulupinar et Aydogan (2021), sur 428 infirmières nouvellement diplômées, près de la moitié (47.7%) ont trouvé le processus d'adaptation à la vie professionnelle difficile. Ainsi, le processus d'adaptation est un concept multidimensionnel pouvant avoir un impact sur le niveau de satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession (Duchscher, 2008; Wakefield, 2018; Xie et al. 2021). Ce processus d'adaptation est influencé par les expériences vécues dans la première année d'emploi, telles que le manque de préparation, le manque de connaissances pratiques et théoriques, les attentes des milieux cliniques qui diffèrent de

ce qui est appris, l'environnement de travail et les conditions d'exercice difficiles (Ulupinar & Aydogan, 2021). Dans cette même étude, les auteurs soulignent que la satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession peuvent être influencées par la formation initiale reçue et le programme d'orientation à l'embauche. À ce sujet, Xie et al. (2021), ont noté une forte corrélation entre le niveau de compétence en début de pratique en lien avec des symptômes dépressifs et le niveau de satisfaction au travail. De plus, les résultats de l'étude d'Ulupinar et Aydogan (2021) révèlent que 42.5% des infirmières nouvellement diplômées ($n = 428$) ont pensé quitter la profession dans la première année d'embauche. Il est alors important de souligner que l'abandon de la profession est, en grande partie, une conséquence de ces difficultés de transition et d'appropriation du rôle de la nouvelle infirmière (Duchscher, 2008). Ainsi, il s'avère loisible de penser que les défis dans la réalisation des activités professionnelles et des impacts démontrés tant sur les plans émotionnel que psychologique de la relève infirmière conduisent à des difficultés de transition et d'acquisition de rôle secondaires à l'écart entre la formation et les exigences à l'entrée de la profession. .

Impacts sur la qualité et la sécurité des soins

Comme vu précédemment, l'écart entre la formation reçue et les exigences dans les milieux de soins apportent des difficultés dans l'accomplissement des activités professionnelles de la nouvelle infirmière pouvant se répercuter, et de manière non négligeable, sur la qualité des soins et la sécurité des patients (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016). Dans le chapitre de la problématique, certaines compétences ont été

mentionnées comme insuffisamment développées pour accomplir le rôle professionnel de l'infirmière en début de pratique, telles que la collaboration interdisciplinaire, la coordination des soins ou même le leadership. En ajout à ces constats, un phénomène de surprotection des étudiantes de la part des superviseurs de stage a été rapporté dans les écrits limitant leur exposition à des situations d'apprentissage pertinentes, telles que des situations de soins critiques ou instables, qui seront pourtant vécues par la nouvelle infirmière en début de pratique (Hawkins et al., 2019; Hyun et al., 2020). Elle aura reçu des notions théoriques, cependant, l'exposition réelle à de telles situations étant limitée durant la formation, amène une fragmentation dans les apprentissages et dans l'acquisition des compétences pratiques y étant associées (Lee et al., 2019; Sterner et al., 2019). Cela rejoint les propos de Rusch et al. (2019), qui mentionnent qu'en début de pratique, la nouvelle infirmière doit faire de la gestion de cas plus complexes que ce qui a été vu lors de la formation. De plus, dans l'étude quantitative de Missen et al. (2016a), il est expliqué que 39% des infirmières d'expériences ($n = 245$) ont noté que suite à l'interprétation d'une situation de santé, les nouvelles infirmières ont des difficultés à exercer leur raisonnement clinique dans la prise de décision et la planification des soins. À cet égard, le faible jugement clinique chez l'infirmière débutante augmente le risque d'erreur pouvant avoir des impacts sur la sécurité du patient (Missen et al., 2015; Ortiz, 2016; Xie et al., 2021). En ce sens, dans l'étude quantitative longitudinale de Kavanagh et Szweda (2017), sur 5 000 infirmières finissantes répertoriées au sein de plus de 140 programmes de formation aux États-Unis, 23% d'entre elles étaient incapables d'observer un changement dans la condition de santé des patients ou de constater une situation urgente. Les résultats de cette

étude sont alarmants étant donné l'importance des répercussions de cet état de fait, sur la sécurité des patients (Kavanagh & Szweda, 2017). Par ailleurs, l'infirmière débutante montre de bonnes habilités pour recueillir et collecter l'information auprès du patient (évaluation clinique initiale) (Aydogan & Ulupinar, 2020; Bemis, 2018; Hyun et al., 2020; Missen et al., 2015, 2016a). Cependant, il appert qu'elle rencontrerait des difficultés à mettre en relation les données recueillies lors de l'évaluation clinique limitant ainsi la compréhension d'une situation de santé et la prise de décision (Aydogan & Ulupinar, 2020; Lee et al., 2019; Lima et al., 2015; Kavanagh & Szweda, 2017; Missen et al., 2016b; Song & McCreary, 2020; Sterner et al., 2019; Xie et al., 2021). En complément, Missen et al. (2016a) rapportent que 34% des infirmières plus expérimentées ($n = 245$) ont mentionné que les nouvelles infirmières ont de la difficulté à reconnaître une détérioration chez les patients et d'intervenir en conséquence, ce qui constitue un risque sur la sécurité des patients et la qualité des soins offerts (Missen et al., 2016b; Hyun et al., 2020; Willman et al., 2020; Xie et al., 2021). En ajout aux différents impacts psychologiques et émotionnels présentés précédemment, les difficultés dans la priorisation des soins, l'indécision, la désorganisation et le manque d'autonomie décisionnelle amènent un risque supplémentaire pour la sécurité et la qualité des soins justifiant ainsi la présente étude (Lee et al., 2019; Missen et al., 2016a; Song & McCreary, 2020; Xie et al., 2021).

Cadre de référence

Le cadre de référence qui a guidé ce projet de recherche s'appuie sur la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (Leprohon et al., 2009). Une synthèse de ce cadre sera présentée et permettra de situer la problématique dans un champ épistémologique qui sera propre aux sciences infirmières. Ce chapitre permettra également d'expliquer le concept de compétence.

C'est en 2000 que l'OIIQ a adopté la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* en tant que référentiel de compétences initiales nécessaires à l'admission dans la profession infirmière au Québec. Cette Mosaïque qui a fait l'objet d'une révision et d'une mise à jour en 2008 (Leprohon et al., 2009), permet de modéliser de manière exhaustive l'ensemble des compétences infirmières requises pour l'exercice de la profession dès l'entrée en fonction de l'infirmière débutante et qui pourra également être consolidée au cours des premières années de sa pratique professionnelle. Les compétences initiales se retrouvant dans la Mosaïque sont évaluées par l'examen d'entrée à la profession à l'aide de situations cliniques courantes que l'infirmière sera susceptible de rencontrer en début de pratique (Leprohon et al., 2009; OIIQ, 1999).

Ce référentiel présente les compétences de manière générique qui sont définies selon l'interaction dynamique entre trois composantes selon un contexte précis : (1) composante fonctionnelle, (2) composante professionnelle et (3) composante contextuelle. La composante fonctionnelle inclut les compétences définies en fonction des savoirs (connaissances, habiletés et attitudes) pertinents à l'exercice de la profession

infirmière (Leprohon et al., 2009). Elle est regroupée selon six champs de savoirs qui découlent du document *Le plan directeur de l'examen professionnel* de l'OIIQ (1999); le champ scientifique, relationnel, éthique et déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel. La composante professionnelle inclut des compétences définies en fonction des éléments de l'exercice infirmier décrits dans le document *Perspective de l'exercice de la profession infirmière* (2007) et sont regroupées en trois catégories : l'évaluation clinique, les interventions cliniques et la continuité des soins. Ces catégories sont de plus, subdivisées en neuf dimensions plus spécifiques de l'exercice de la profession, tel que proposé dans le document-cadre guidant l'élaboration de l'examen professionnel (OIIQ, 1999). Finalement, la composante contextuelle complète la Mosaïque par des compétences qui réfèrent à la capacité de l'infirmière débutante à intervenir dans diverses situations cliniques (médecine/chirurgie, pédiatrie, soins critiques, soins chroniques ou aigus, etc.) tout en tenant en compte des variations possibles d'une situation clinique (selon la personne, la situation, la problématique de santé, etc.). Ce référentiel comporte au total cent-trente-huit (138) compétences nécessaires à la réalisation du rôle de l'infirmière au Québec, et ce, dès l'admission à la profession. Finalement, il est important de considérer que la notion de jugement clinique transcende le concept de la Mosaïque au travers des trois composantes principales et n'est donc pas définie comme une compétence spécifique dans ce référentiel (Leprohon et al., 2009). La Mosaïque est illustrée à la Figure 1.

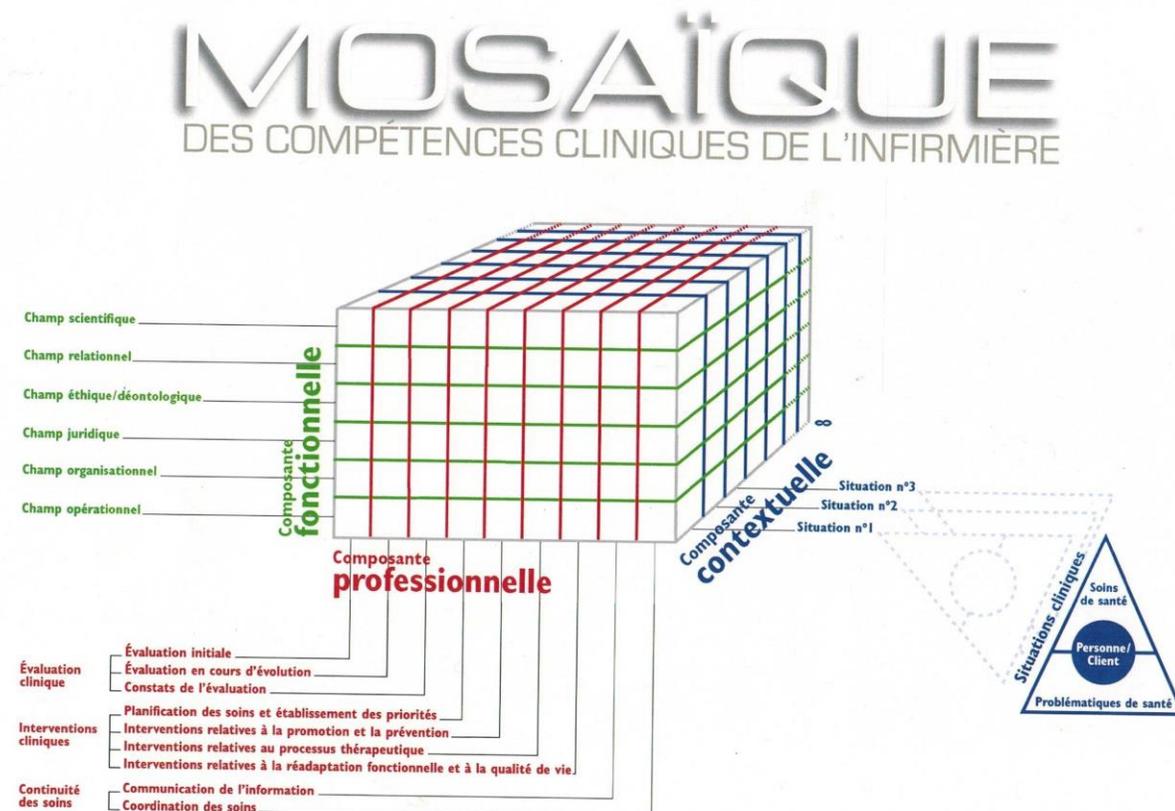


Figure 1. Mosaique des compétences cliniques de l'infirmière (Leprohon et al., 2009, p.50).

Ce cadre de référence a permis de répondre au but et aux objectifs spécifiques de la présente étude. Comme vu précédemment, la Mosaique représente les compétences attendues de l'infirmière débutante au seuil d'entrée à la profession. À cet effet, l'OIIQ élabore l'examen professionnel menant à l'obtention du permis de pratique infirmière obligatoire à l'accès à la profession infirmières au Québec, en s'appuyant sur ce référentiel de compétences (Leprohon et al., 2009). À cet égard, il a été possible de décrire le niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités

professionnelles de l'infirmière débutante selon ce référentiel (objectif 1). Pour ce faire, nous avons d'abord exploré les facilités et les difficultés de l'infirmière débutante à réaliser ses activités professionnelles selon les compétences situées dans les trois composantes de cette Mosaïque (fonctionnelle, professionnelle et contextuelle). Par la suite, le niveau d'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles (facilités et difficultés soulevées dans l'objectif 1) a pu être exploré en lien avec des facteurs attribuables à la formation collégiale reçue selon la perception de l'infirmière débutante (objectif 2). Ces objectifs ont finalement permis d'explorer l'adéquation de la formation collégiale reçue en termes de compétences développées en fonction des exigences attendues au seuil d'entrée à la profession qui constitue le but général de l'étude.

Afin de bien accomplir ses activités professionnelles, la nouvelle infirmière doit avoir développé les compétences préalables à leur réalisation lors de la formation initiale reçue. À cet égard, il est important de mentionner que le programme DEC en soins infirmiers est régi par un devis ministériel qui prône une approche par compétences et définit les attentes en fin de programme également par compétences (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2008). En complément à ce devis, les exigences au seuil d'entrée à la profession sont modulées en fonction de la Mosaïque des compétences de l'OIIQ (Leprohon et al., 2009). En somme, le concept de compétence s'avère au cœur de cette étude puisqu'il a permis de structurer l'analyse des résultats. À

cet effet, la prochaine section porte sur la définition retenue du concept de compétence dans le cadre de cette étude.

Définition du concept de compétence en sciences infirmières

Une pluralité terminologiques, ainsi qu'une interchangeabilité des termes associés au concept de compétence en sciences infirmières, ont été soulevées dans les écrits, ce qui soutient la pertinence de le définir dans le cadre de cette étude (Charette, Goudreau, & Alderson, 2014; Loosli, 2016; Nabizadeh-Gharghozar, Alavi, & Ajorpaz, 2021; Valizadeh, Zamanzadeh, Eskandari, & Alizadeh, 2019). En effet, les termes « performance », « objectif », « standard », « habileté » et « efficacité » sont utilisés dans les écrits pour se référer à la compétence (Charette et al., 2014; Nabizadeh-Gharghozar et al., 2021; Valizadeh et al., 2019). Aujourd'hui, la notion d'infirmière qualifiée réfère à l'infirmière qui a diplômé d'un programme de formation infirmière, qui a réussi son examen professionnel et qui est éligible à un emploi dans la profession (Garside & Nhemachena, 2013). Cependant, être qualifiée pour exercer à titre d'infirmière, ne garantit pas la compétence (Garside & Nhemachena, 2013). Conséquemment, développer, maintenir et évaluer les compétences infirmières est un des grands défis de la profession (Smith, 2012). Ceci nécessite un consensus épistémologique sur les composantes de la compétence au sein de la discipline infirmière (Charette et al., 2014; Loosli, 2016). Plusieurs définitions ont été élaborées au cours des 20 dernières années, mais aucun consensus n'a été statué (Charette et al., 2014; Garside & Nhemachena, 2013; Loosli, 2016; Nabizadeh-Gharghozar et al., 2021; Valizadeh et al., 2019). Ces définitions varient

selon la perspective des auteurs, notamment, sur le type et la nature de la compétence, le niveau d'expertise de l'infirmière et les exigences des milieux cliniques soutenant ainsi la complexité à définir ce concept en sciences infirmières depuis le début du 21^e siècle (Blanchet Garneau, Lavoie, & Grondin, 2017; Garside & Nhemachena, 2013; Smith, 2012). Il est cependant important de noter que malgré la diversité dans la conceptualisation de la compétence, il se dégage un certain consensus sur les caractéristiques de celle-ci qui serait holistique, multidimensionnelle et englobante, comparativement à une définition plus béhavioriste axée seulement sur des habilités psychomotrices (Charette et al., 2014; Charette, Goudreau, & Bourbonnais, 2019b; Garside & Nhemachena, 2013; Smith, 2012).

Dans la discipline infirmière, les difficultés à se positionner sur une définition unique de ce concept amènent des répercussions variées sur la formation des infirmières. À cet égard, lorsque le concept de compétence est initialement mal défini, cela peut mener à des programmes de formation hétérogènes et à des cadres pédagogiques et évaluatifs disparates (Tardif, 2006). Selon ce même auteur, étant donné que le déploiement d'une compétence ne peut être dissocié de son contexte, la fragmentation des compétences doit être évitée lors de l'apprentissage. De plus, la confusion entourant la définition de la compétence, ainsi que les différents concepts y étant reliés, peut amener une variabilité dans les méthodes d'enseignement et dans l'évaluation des compétences (Smith, 2012; Tardif, 2006). En ce sens, les différents outils d'évaluation encore utilisés dans la formation en sciences infirmières, malgré quelques exceptions, ont une approche réductionniste décomposant les activités professionnelles à s'approprier, ce qui va à

l'encontre de la définition systémique du concept de compétence (Charette et al., 2014; Garside & Nhemachena, 2013). Les compétences devraient plutôt être évaluées selon des indicateurs de développement. Ainsi, les incohérences curriculaires entre les définitions des compétences, les stratégies d'apprentissages et les méthodes d'évaluations ont donc des répercussions directes sur la formation des nouvelles infirmières, ainsi que sur leur niveau de préparation (Charette et al., 2014).

Cette dernière section a permis de faire ressortir dans les écrits les incohérences épistémologiques entourant le concept de compétence ainsi que les répercussions de celles-ci sur les programmes de formation. À cet effet, dans la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*, le concept de compétence fait référence à des connaissances, à des habiletés ou à des attitudes que l'infirmière utilise dans l'exercice de sa profession (Leprohon et al., 2009). Cette définition provenant de notre cadre de référence n'a pu être retenue puisqu'elle ne rejoint pas les résultats de la recension des écrits réalisée en lien avec le concept de compétence. Ainsi, une clarification de ce concept était nécessaire afin d'aller de l'avant et ainsi, avoir une définition commune de la compétence lors de l'analyse des résultats et de la discussion. À cet égard, la recension des écrits réalisée en lien avec le concept de compétence a permis de mettre en évidence l'importance des écrits en sciences de l'éducation (Le Borterf, 2004, 2007; Tardif, 2006; Rey, 2009; Ropé & Tanguy, 1994). En surcroît, les écrits de Tardif (2006) sur ce concept ont grandement influencé des travaux québécois en sciences infirmières (Blanchet et al., 2017; Charette et al., 2014; Loosli, 2016). C'est pour ces raisons que la définition ayant

retenu notre attention est celle de Tardif (2006) qui définit la compétence comme « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.22).

Méthodologie

Ce chapitre présente l'opérationnalisation du processus de la présente recherche. Pour ce faire, l'approche méthodologique retenue pour répondre au but de l'étude s'avère d'abord décrite et expliquée. Par la suite, la population et l'échantillon, le milieu à l'étude, les stratégies d'échantillonnage et les méthodes de recrutement des participantes, sont exposés. La méthode et les outils de collecte des données utilisées ainsi que le cadre d'analyse des données, sont ensuite subséquemment présentés. Finalement, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont mis de l'avant.

Devis de recherche

Le but de la présente étude qualitative exploratoire rétrospective portant sur la perception de l'infirmière débutante diplômée d'un DEC en soins infirmiers concernant les compétences nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles en début de carrière place cette étude dans une posture épistémologique étant apparentée à une approche descriptive prônant ainsi un devis qualitatif non traditionnel (Fortin & Gagnon, 2016). Cette étude se présente également en tant que démarche exploratoire puisqu'à notre connaissance, il n'y a aucun écrit scientifique québécois portant sur le niveau d'adéquation entre les compétences acquises au terme de la formation collégiale et les exigences d'admission à la profession, selon la perception de l'infirmière débutante. Selon Richards et Morse (2012), l'approche qualitative est privilégiée lorsque peu de connaissances portant sur l'objet d'étude ont été générées, lorsque l'objectif est de décrire comment une situation est vécue par les participantes dans un contexte particulier et lorsque la situation est complexe. Cette démarche inductive vise à découvrir les facteurs

qui consistent à décrire, identifier et caractériser un phénomène ou une situation selon la réalité des participantes dans le but d'en dégager des conceptualisations théoriques ou empiriques (Fortin & Gagnon, 2016). En ce sens, le devis de recherche qualitatif exploratoire rétrospectif a permis de mettre en lumière les perceptions des infirmières débutantes en regard du niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement de leurs activités professionnelles (objectif 1). Ce devis de recherche a également permis d'explorer la perception des infirmières débutantes sur les facteurs issus de la formation collégiale reçue pouvant expliquer le niveau d'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement de leurs activités professionnelles (objectif 2). Pour ce faire, les facilités et les difficultés soulevées dans l'objectif 1 ont été explorées par rapport à des éléments de la formation collégiale reçue (objectif 2), et ce, toujours selon la perspective des infirmières débutantes. Ainsi, il a été possible d'émettre des recommandations dans les cinq champs de la pratique infirmière en regard de la formation initiale des infirmières du Québec. Selon Polit et Beck (2018), ce type de recherche permet d'examiner un phénomène rétrospectivement avec l'aide des participantes sur les événements passés. Cette démarche a permis de recueillir la perception de l'infirmière débutante qui a diplômé avant la période pandémique. L'objectif visé par l'utilisation d'une étude qualitative de type rétrospective était de diminuer les biais possibles associés au fait que la formation ait été adaptée aux réalités de la pandémie du COVID-19. Durant cette pandémie, la majorité des cours théoriques et laboratoires ont été réalisés en mode virtuel. Plusieurs stages ont été annulés et/ou les heures de stages ont été diminuées ou remplacées par des travaux compensatoires. Ceci apporte des enjeux spécifiques à un

contexte de formation inhabituelle qui n'aurait pas permis de répondre au but de cette étude. C'est ainsi que le choix d'un devis qualitatif de type exploratoire rétrospectif a été privilégié pour répondre au but de cette étude.

Population et échantillon

Premièrement, la population visée par cette étude a été définie en fonction du diplôme de formation infirmière obtenu, soit celui du DEC en soins infirmiers. L'obtention d'un DEC en soins infirmiers est la première voie d'entrée possible à la profession infirmière au Québec. Ainsi, après ses études secondaires, l'étudiante peut acquérir directement un DEC en soins infirmiers après trois ans d'études à temps complet dans un collège d'enseignement général et professionnel (CÉCEP) québécois. Au terme de ses études collégiales, elle aura le titre de candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) jusqu'à ce qu'elle réussisse l'examen professionnel de OIIQ, la menant au titre d'infirmière. Par la suite, l'infirmière ayant diplômé d'un DEC peut poursuivre, de manière facultative, ses études de premier cycle universitaire dans une formation intégrée DEC-BAC en effectuant deux années supplémentaires pour obtenir le titre d'infirmière clinicienne. Ce cheminement lui permet de développer des compétences professionnelles complémentaires, notamment en soins critiques, en santé communautaire, en enseignement, en gestion des soins et en recherche (MELS, 2008).

À titre indicatif, la deuxième voie initiale d'accès à la profession infirmière au Québec est celle du baccalauréat en sciences infirmières, formation initiale. L'étudiante

ayant terminé ses études collégiales dans un programme général préuniversitaire peut, sur cette base collégiale, être admise dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale). Ce cheminement comprend trois années d'études universitaires à temps plein qui mènent l'étudiante au titre de CEPI, à son droit d'accès à l'examen professionnel et une fois réussi, au titre d'infirmière clinicienne. En somme, ce cheminement universitaire de premier cycle regroupe l'ensemble des compétences à acquérir lors de la formation intégrée DEC-BAC décrite précédemment.

Deuxièmement, la population cible a également été définie selon des indicateurs de développement professionnel, ces derniers étant décrits dans la théorie *De Novice à Expert* de Benner (1995). Cette auteure décrit que le développement de l'expertise professionnelle de l'infirmière se décline en cinq stades : novice, débutant, compétent, performant et expert. Dans la présente étude, le second stade, celui de débutant, a été celui retenu afin d'encadrer la population cible. Une infirmière qui est en probation et lors des deux premières années qui suivent, correspond à ce stade (Benner, 1995). Ainsi, les participantes étaient considérées comme des infirmières débutantes, puisque lors des entrevues, elles ont été invitées à se rapporter à leur expérience professionnelle en début de carrière, soit aux deux premières années de leur pratique suivant leur diplomation en 2018 ou 2019.

La sélection de la population à l'étude s'est effectuée à partir de ces critères d'inclusion qui devaient tous être respectés :

- Avoir gradué d'un diplôme d'études collégiales au Québec;
- Avoir gradué en 2018 ou en 2019, soit avant la pandémie mondiale du COVID-19;
- Avoir travaillé ou travailler dans un milieu/unité de soins en lien avec la formation collégiale reçue (médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, santé mentale ou chronicité) lors de l'entrée en fonction;
- Avoir poursuivi aux études universitaires (DEC-BAC) n'est pas exclu.

Voici les critères d'exclusions retenus :

- Avoir terminé sa formation universitaire pour celles qui ont poursuivi dans le cheminement DEC-BAC et exercer comme infirmière clinicienne;
- Avoir travaillé pendant la période ciblée sur des unités de soins spécialisées non couvertes lors de la formation collégiale, telles que l'urgence, les soins à domicile ou les soins intensifs.

À cet effet, les participantes devaient avoir diplômé d'un DEC avant la pandémie, soit dans les cohortes 2018 ou 2019, et ce, afin d'assurer un échantillonnage homogène en raison d'un critère de formation spécifique en contexte pandémique. Les infirmières ayant poursuivi au cheminement DEC-BAC n'ont pas été exclues, toutefois, elles ne devaient pas avoir terminé leur formation universitaire ni exercer à titre d'infirmières cliniciennes. Ceci a permis de limiter un biais dans la sélection des participantes associé à l'expérience vécue en lien avec cette formation supplémentaire. Finalement, il est important de spécifier que la formation collégiale forme des infirmières généralistes (MELS, 2008). Après l'obtention de ce diplôme, ces nouvelles infirmières peuvent travailler sur une unité de

médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie, de soins de longue durée et de santé mentale. À cet égard, les infirmières débutantes travaillant sur les unités de soins spécialisées, telles que l'urgence et les soins intensifs, ont été exclues de cette étude, afin de ne pas créer de biais, car l'apprentissage de cette pratique fait partie du cursus des programmes universitaires (MELS, 2008).

L'étudiante-chercheuse s'est initialement fiée à la taille des échantillons qui a été définie dans les articles scientifiques recensés dans le cadre de cette étude afin de statuer sur le nombre de participantes à recruter. De ce fait, le recrutement de 15 participantes était l'objectif visé, tout en gardant à l'esprit l'importance de l'obtention de la saturation des données. À noter qu'une saturation des données a été atteinte dans le cadre de cette étude (Creswell, 2014; Fortin & Gagnon, 2016; Polit & Beck, 2018).

Milieu à l'étude

Les milieux de recherche ciblés pour cette étude ont été les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec. À cet égard, rappelons que la formation collégiale au Québec est régie par le MELS selon un plan de formation ministériel (MELS, 2008). Chaque collège québécois, offrant le programme de soins infirmiers 180.A0, se doit d'élaborer un plan de formation local qui lui est propre découlant obligatoirement du devis ministériel (MELS, 2008). Étant donné que c'est ce même devis qui guide tous les collèges du Québec, d'autant plus que les exigences à la fin de cette formation pour l'admission à

la profession sont les mêmes (Leprohon et al., 2009), il était approprié d'étendre le milieu de l'étude à la grandeur du Québec. Ceci a permis une meilleure représentativité des données recueillies sur la formation collégiale offerte aux étudiantes infirmières québécoises.

Stratégie d'échantillonnage et recrutement

La première méthode de recrutement des participantes a été réalisée par convenance pour des raisons pratiques d'accessibilité et de disponibilité des participantes et de l'étudiante-chercheuse (Fortin & Gagnon, 2016). Une liste nominative de contacts ($n = 1124$) répondant aux critères d'inclusion a été fournie par l'OIIQ et un courriel d'invitation expliquant la nature et le déroulement de l'étude sous forme d'affiche de recrutement (Appendice A) leur a été envoyé. Les échanges avec les infirmières intéressées à participer à l'étude se sont faits via courriel ou téléphone. Avec cette stratégie d'échantillonnage, dix-neuf ($n = 19$) participantes ont manifesté leur intérêt à participer à cette étude. De ce nombre, seulement douze participantes ($n = 12$) ont été retenues puisque quatre d'entre elles n'ont pas répondu au courriel de suivi et cinq ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

Le recrutement par réseau a été la deuxième méthode retenue pour le recrutement des participantes. Celle-ci visait à encourager les infirmières qui avaient déjà participé à l'entrevue de présenter le projet à leurs collègues afin de favoriser le recrutement (Fortin

& Gagnon, 2016). Par cette méthode, cinq participantes ($n = 5$) ont démontré de l'intérêt à participer à l'étude en contactant directement la responsable du projet par courriel.

L'affiche de recrutement a également été rendue disponible sur les réseaux sociaux sous forme d'affiche numérique. Cependant, il n'y a eu aucun retour de participantes via cette dernière stratégie de recrutement. Au total, dix-sept participantes ($n = 17$) ont démontré leur intérêt à participer à cette étude. De ce nombre, deux répondantes ($n = 2$) sélectionnées aléatoirement ont accepté de participer au prétest du guide d'entrevue et du questionnaire de données sociodémographiques. Les quinze autres participantes ($n = 15$) ont pris part aux entrevues. Aucune participante ne s'est retirée de l'étude.

Déroulement de l'étude

Après avoir reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) le 2 novembre 2021, l'étudiante-chercheuse a débuté le recrutement des participantes. Initialement, les outils de collecte de données ont été validés par des experts et ensuite, par un prétest. Une fois les outils modifiés, la collecte des données a débuté avec quinze (15) entrevues individuelles semi-dirigées. Celles-ci ont été réalisées entre le 1^{er} décembre 2021 et le 8 janvier 2022 dont la durée moyenne a été de 33 minutes (variant entre 28 à 46 minutes). Les entrevues se sont déroulées au moment choisi par les participantes via une plate-forme Web en visioconférence (Microsoft TEAMS). Elles ont été enregistrées (audio seulement), avec le consentement des participantes, sur deux enregistreurs distincts, puis retranscrites

intégralement pour permettre l'analyse des données. Pendant l'entrevue, l'étudiante-chercheuse avait en sa possession le guide d'entrevue ainsi qu'un journal de bord pour prendre des notes manuscrites au besoin. Le recueil des questionnaires sociodémographiques s'est fait par courriel avant les entrevues. Pour faire suite à l'analyse des données, c'est en juin 2022 qu'un retour vers les participantes a été fait par courriel afin de valider les résultats et les conclusions obtenus de l'étude. À cet effet, aucune participante n'a émis de commentaire.

Collecte et analyse des données

La stratégie de collecte des données retenue a été l'entrevue individuelle semi-dirigée. À cet égard, la collecte des données a été réalisée à l'aide de deux outils, soit un questionnaire sociodémographique et un guide d'entrevue. Dans cette section, la démarche qui a permis l'élaboration de ces outils de collecte de données est mise en relation avec le cadre de référence, puis avec le but et les objectifs spécifiques de la présente étude. La phase de validation de contenu de ces instruments est par la suite exposée. En fin de section, une description détaillée de la stratégie d'analyse des données recueillies est présentée.

Entrevue individuelle semi-dirigée

L'autodescription qualitative par des entrevues individuelles semi-dirigées a été la stratégie de collecte des données retenue puisqu'elle permet d'explorer un nouveau domaine de recherche (Polit & Beck, 2018). En ce sens, le recours à l'entrevue semi-

dirigée est nécessaire pour recueillir les perceptions des participantes afin de comprendre le sens d'un phénomène vécu selon la réalité de celles-ci (Fortin & Gagnon, 2016; Creswell, 2014). Ce type d'entrevue permet également d'offrir une certaine souplesse comparativement à une entrevue structurée, grâce à l'utilisation de questions ouvertes permettant de centrer le discours des participantes autour d'une liste de thèmes prédéfinis se retrouvant dans un guide d'entrevue (Creswell, 2014; Polit & Beck, 2018). Les entrevues semi-dirigées permettent donc de cerner un problème de base selon le vécu et la conceptualisation du phénomène par la personne interviewée (Creswell, 2014). À cet égard, cette stratégie de collecte de donnée a permis de répondre au but et aux objectifs de cette étude qualitative.

Outils de collecte des données

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire sociodémographique a été distribué à chaque participante avant le début de l'entrevue (Appendice B). Il a permis de recueillir des informations pertinentes sur le profil des participantes notamment sur le groupe d'âge, le sexe, l'année de diplomation des études collégiales, ainsi que la région administrative où la participante exerçait en début de carrière. Ce questionnaire a également permis de recueillir des informations sur les facteurs susceptibles d'influencer l'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles des participantes en début de carrière, tels que; la continuité des études dans le cheminement DEC-BAC, le milieu/l'unité de soins où la participante a débuté comme infirmière, la participation à un externat durant ses études collégiales ainsi qu'une

courte description de la période d'orientation à l'embauche. Ce questionnaire a été rempli et signé par les participantes en ligne et envoyé par courriel à l'étudiante-chercheuse avant l'entrevue.

Guide d'entrevue. Un guide d'entrevue (Appendice C) a été développé à partir du cadre de référence de cette étude. Les trois composantes de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: compétences initiales* (fonctionnelle, professionnelle et contextuelle) ont été retenues afin de structurer le guide d'entrevue (Leprohon et al., 2009). Selon chaque composante, la participante a été invitée à discuter des facilités et des difficultés rencontrées en lien avec la réalisation de ses activités professionnelles en donnant des exemples de son vécu comme nouvelle infirmière lors de son entrée sur le marché du travail en 2018-2019 (objectif 1). Il lui a été par la suite demandé de mettre en lien les éléments de son parcours académique au collégial avec les facilités et difficultés rapportées selon ces mêmes thématiques (objectif 2). Il est à noter que les termes facilités et difficultés ont été retenus lors de l'élaboration du guide d'entrevue. Au regard du concept de compétence, il nous paraissait important d'utiliser un langage facilement compréhensible et exempt d'ambiguïté pour les participantes. Ces deux termes « facilité et difficulté » ont été substitués par les termes « compétences développées ou insuffisamment développées » dans la présentation des résultats.

Validation de contenu et prétest des outils de collecte de données

Une validation du contenu du guide d'entrevue, ainsi que du questionnaire sociodémographique a été préalablement réalisée auprès d'une équipe de trois ($n = 3$) expertes. Cette équipe était composée de deux expertes universitaires, ainsi que d'une experte de la Mosaïque de l'OIIQ. Cette étape a permis de valider la pertinence et la clarté des thématiques et des questions du guide d'entrevue afin que le tout soit en cohérence avec les éléments du cadre de référence. La participante experte de la Mosaïque de l'OIIQ a affirmé que le guide d'entrevue était conforme aux éléments du cadre de référence. Elle a, de plus, suggéré d'identifier certains thèmes particuliers à explorer, advenant qu'ils ne soient pas abordés de façon spontanée par la participante. Ces thèmes pouvaient être issus de la recension des écrits réalisée préalablement. De plus, il a été suggéré de demander à la participante d'ajouter des exemples concrets de son expérience. Ces commentaires ont été pris en compte et ont fait l'objet de modifications au guide d'entrevue. Aucun commentaire n'a été formulé quant au questionnaire sociodémographique. Quatre autres professeurs siégeant au comité d'éthique de la recherche à l'UQO ont également validé le contenu du guide d'entrevue, ainsi que du questionnaire sociodémographique. Pour donner suite aux divers commentaires émis par ces derniers, la clarté des consignes a été améliorée.

Après la validation de contenu des deux outils de collecte de données, un prétest a été réalisé auprès de deux participantes représentantes de la population cible, pour s'assurer de la compréhension et de la clarté des questions. Ces deux entrevues de

validation ont permis de confirmer que le guide d'entrevue et le questionnaire sociodémographique étaient clairs et exempts d'ambiguïté. À la suite de ces deux entrevues, il s'est avéré que la troisième question se rapportant à la composante portant sur la contextualisation des soins était plus abstraite. Cette question a été bonifiée afin d'en faciliter la compréhension.

Analyse de contenu thématique

La stratégie d'analyse des données retenue dans le cadre de la présente étude a été l'analyse de contenu thématique mixte de Miles, Huberman et Saldaña (2014), assistée par le logiciel NVivo 12 (2020). À cet égard, différents auteurs s'entendent pour décrire l'analyse de contenu comme étant un processus itératif s'intéressant à l'information contenue dans un message afin d'y trouver un sens (Fortin & Gagnon, 2016; Miles et al., 2014; Mucchielli, 2006). Ils soutiennent également que l'analyse de contenu est un ensemble de techniques permettant l'analyse des verbatim en utilisant des procédures objectives de descriptions tout en étant systématiques. Cela permet donc de traiter de manière méthodique le contenu, autant implicite qu'explicite, des textes dans le but de classer et d'interpréter les éléments constitutifs (Mucchielli, 2006). Pour cette analyse, les trois composantes du cadre de référence de l'étude ont permis de classer les données recueillies, et de les catégoriser selon les deux objectifs spécifiques de l'étude.

L'analyse des données s'est faite en trois étapes : 1) la condensation des données, 2) la présentation des données et la mise en relation des thèmes et, enfin, 3) l'élaboration de conclusions et validation (Miles et al., 2014). Les étapes de cette méthode d'analyse des données sont illustrées dans la Figure 2.

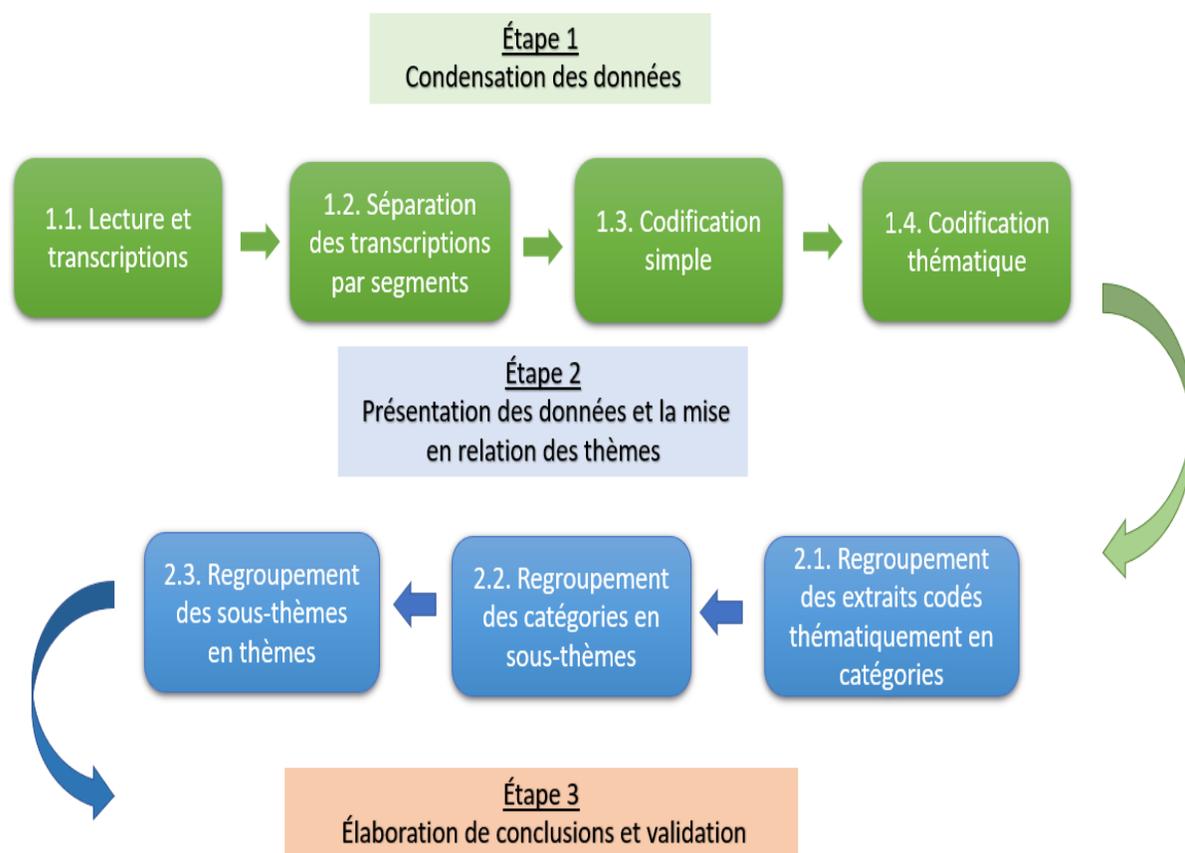


Figure 2. Méthode d'analyse des données (inspiré de Miles & al., 2014)

Étape 1 : Condensation des données. La première étape de la méthode analytique retenue, la condensation des données, consiste à organiser et transcrire les données (Fortin & Gagnon, 2016; Miles et al., 2014). Ainsi, cette étape permet de réduire le volume des données recueillies afin de les classifier, de les résumer et ainsi, d'en faciliter l'analyse (Fortin & Gagnon, 2016). À cet égard, le contenu des entrevues individuelles ($n = 15$) préalablement enregistré sur un fichier audionumérique a été transcrit intégralement par l'étudiante-chercheuse, sans transformation lexicale ou grammaticale (étape 1.1). Les verbatim ont été réalisés de façon structurée sous forme de textes bruts dans un fichier Word afin d'en faciliter la lecture et l'analyse avec le logiciel NVivo 12 (2020). Tel que proposé par Fortin et Gagnon (2016) et par Miles et al. (2014), une lecture et relecture des verbatim ont été fait dans un premier temps afin de se familiariser avec les données et ainsi de voir émerger le premier message apparent. Durant ces lectures, l'étudiante-chercheuse a pris des annotations informelles et a fait de courtes synthèses sous forme de commentaires dans le but de faciliter la séparation des transcriptions en segment (étape 1.2). Par la suite, l'étape de la codification simple a permis de créer des codes de couleurs pour chacun des segments obtenus afin d'en faciliter le regroupement (étape 1.3). Ce type de codification se veut inductif et à partir des données narratives générées durant les entrevues avec les participantes, la codification préliminaire a permis de faire émerger 182 codes au total. De plus, à cette étape, les données brutes ne répondant pas à l'objet d'étude ont été codifiées comme non pertinentes et ont été rejetées. Ces données narratives illustraient, entre autres, l'expérience de jumelage lors de leur orientation comme CEPI,

des conditions de travail difficiles, de leur expérience lors de l'externat, ainsi que de l'impact de leur expérience d'orientation sur leur vécu comme nouvelle infirmière.

La codification thématique (étape 1.4) pour sa part, sert à identifier des catégories et l'émergence de sous-thèmes (Fortin & Gagnon, 2016; Miles et al., 2014). L'étudiante-chercheuse a donc regroupé les éléments de la codification simple afin d'obtenir des codes thématiques. C'est en utilisant la comparaison constante entre les différents codes et les extraits des verbatim que l'étudiante-chercheuse les a rassemblés afin d'attribuer un code thématique et de débiter le regroupement des catégories selon une logique inductive (Fortin & Gagnon, 2016). À cette étape, 126 codes thématiques ont été retenus. Afin de valider ce processus, une analyse des données et un co-codage ont été effectués également de manière indépendante par les membres de la direction de l'étudiante-chercheuse. Un consensus a été obtenu.

Étape 2 : Présentation des données et mise en relation des thèmes. Cette étape de présentation des données et de mise en relation des thèmes consiste, selon Miles et al. (2014), à structurer l'information de manière systématique, ce qui facilite l'analyse et permet de voir l'évolution du processus d'analyse. Dans un premier temps, cette étape comprend le regroupement des codes thématiques en catégories (étape 2.1). Afin de faciliter la classification des catégories, l'étudiante-chercheuse a élaboré et utilisé un tableau sous forme de canevas pour chaque objectif spécifique comprenant chacun trois sections correspondants aux trois composantes de la *Mosaïque des compétences cliniques*

de l'infirmière : compétences initiales soit les composantes fonctionnelle, professionnelle et contextuelle (Leprohon et al., 2009). Par la suite, les catégories ont été regroupées et classifiées à plusieurs reprises au cours de la relecture des données brutes afin d'amener une meilleure synthèse des données recueillies (Fortin & Gagnon, 2016). Dans un deuxième temps, les catégories ont été regroupées par leurs similitudes en sous-thèmes, pour chacune des composantes de la Mosaïque (étape 2.2). À cet effet, l'analyse des données en lien avec l'objectif 1 a permis de faire ressortir 37 sous-thèmes se rapportant soit à des difficultés ou à des facilités vécues dans l'accomplissement des activités professionnelles des participantes. Chacun de ces sous-thèmes a été défini et illustré avec des verbatim tirés des transcriptions des entrevues. Dans un troisième temps, les différents sous-thèmes ont également été regroupés par leur similarité pour faire émerger neuf thèmes principaux toujours en lien avec l'objectif 1 (étape 2.3). Les mêmes étapes ont été réalisées en lien avec l'objectif 2 de la présente étude. À cet égard, 34 sous-thèmes se rapportant aux facteurs limitant et facilitant l'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante associées à la formation collégiale reçue ont été classifiés selon leur similarité. Chacun de ces sous-thèmes a été associé à des verbatim tirés des entrevues. Le regroupement de ces sous-thèmes a permis l'émergence de six thèmes qui ont été identifiés en lien avec l'objectif 2 de l'étude. À ce stade, une validation interjuge a été effectuée relativement aux thèmes et sous-thèmes identifiés et des exemples de verbatim s'y rapportant.

Étape 3 : Élaboration de conclusion et validation. La dernière étape est l'élaboration de conclusions et validation (Miles et al., 2014). Bien qu'elle se fasse de manière simultanée dans le processus analytique, cette dernière étape a consisté à accorder un sens aux résultats afin d'émettre des conclusions (Fortin & Gagnon, 2016). Les conclusions de cette étape sont élaborées dans les sections de ce mémoire portant sur les résultats et la discussion.

Critères de scientificité

Pour assurer une rigueur scientifique, la présente étude a été réalisée en tenant compte des critères scientifiques suivants : crédibilité, fiabilité, transférabilité et confirmabilité (Lincoln & Guba, 1985; Fortin & Gagnon, 2016).

Le critère de crédibilité renvoie à l'exactitude de la description des perceptions par les participantes selon l'interprétation faite des données par l'étudiante-chercheuse (Fortin & Gagnon, 2016). Ce critère a été pris en compte grâce à un retour vers les participantes (Polit & Beck, 2018). Celles-ci ont été avisées d'un retour par courriel dès la première entrevue, et ce, afin de valider les résultats et les conclusions obtenus. Initialement, toutes les participantes ($n = 15$) ont accepté de faire un retour avec l'étudiante-chercheuse par courriel. Cependant, aucune participante n'a émis de commentaire suite au courriel de validation envoyé en juin 2022.

Le critère de fiabilité fait référence à la stabilité des données, ainsi qu'à la constance dans les résultats (Fortin & Gagnon, 2016). Ainsi, la crédibilité et la fiabilité de

l'étude ont été également assurées par une validation interjuge (triangulation des données) par la direction de recherche afin de s'assurer d'une concordance de l'analyse et de l'interprétation des données (Fortin & Gagnon, 2016; Polit & Beck, 2018). La fiabilité des données a été également possible puisque l'échantillonnage a été fait jusqu'à l'obtention d'une saturation des données (Polit & Beck, 2018).

Le critère de transférabilité renvoie à l'application future des conclusions tirées des résultats issus de l'analyse des données dans d'autres situations similaires (Fortin & Gagnon, 2016). Ce critère a été assuré par une description détaillée des données (Polit & Beck, 2018). En surcroît, cette étude, étant panquébécoise, amène la possibilité d'une transférabilité des résultats dans des milieux hors Québec.

Finalement, le critère de confirmabilité se réfère à l'objectivité des données et dans l'interprétation faite (Fortin & Gagnon, 2016). Ce critère a été assuré par l'utilisation d'un journal de bord par l'étudiante-chercheuse lui permettant de consigner ses réflexions sur le projet tout au long de celui-ci afin de faire un retour sur l'influence de sa position d'experte en éducation aux différentes étapes de la recherche. Cette démarche lui a assuré de maintenir une neutralité dans sa position d'étudiante-chercheuse (Polit & Beck, 2018). Pour renforcer ces critères, tous les résultats décrits dans la présente étude sont également appuyés par des verbatim provenant des entretiens afin de soutenir les discussions et les conclusions.

Considérations éthiques

Le projet d'étude a été soumis au comité éthique de la recherche (CER) de l'UQO et a été approuvé le 2 novembre 2021 confirmant que le projet répond à l'ensemble des critères éthiques de cet établissement et du EPTC2 (Appendice D). Dans un premier temps, les règles éthiques associées au recrutement de manière juste et équitable ont été respectées. Une lettre d'information et de consentement présentant les objectifs, la méthodologie, les risques et les bénéfices associés à cette étude a été remise aux participantes via leur courriel personnel. Le formulaire de consentement (Appendice E) a été préalablement signé par courriel par les participantes. Lorsque celui-ci a été signé par les deux parties, il a été renvoyé aux participantes par courriel. Un rappel du but et des objectifs spécifiques de l'étude, ainsi que de la confidentialité des informations recueillies, a également été signalé en début d'entrevue. Les participantes ont toutes consenti librement à participer à l'étude et à l'enregistrement audio des entrevues. Un formulaire d'engagement à la confidentialité a également été rempli et signé par l'étudiante-chercheuse (Appendice F). Les données recueillies lors des entrevues ont respecté les critères de confidentialité de la vie privée des participantes. Cela a été fait par une anonymisation des données numériques et par un traitement des données confidentielles protégées par un mot de passe et enregistrées dans un disque dur externe. Pour la diffusion des résultats, un code chiffré remplace le nom de chaque participante. Les données ont été utilisées uniquement pour cette étude et elles seront détruites selon les règles éthiques de l'UQO, après cinq ans (les notes manuscrites seront déchiquetées selon la procédure usuelle et les données numériques seront supprimées des bases de données). Le respect de

la personne est un autre élément qui a été pris en compte tout au long de l'étude. Un consentement libre et éclairé de manière continue tout au long de l'étude a été fait et les participantes étaient informées qu'elles pouvaient se retirer de l'étude en tout temps, et cela, sans représailles.

Enfin, en lien avec l'éthique sur la justice, aucun risque relié à la participation à l'étude n'a été identifié. Un risque minimal possible aurait pu être associé au rappel d'émotions négatives pouvant être en lien avec les difficultés vécues lors de l'entrée en fonction des répondantes comme nouvelles infirmières (p. ex., choc de transition). Le cas échéant, plusieurs moyens d'atténuation auraient été mis en place, tels que les références au Programme d'aide aux employés (PAE), les ressources infosociales, ainsi que la prise de pause durant les entrevues selon les demandes des participantes. Une contrainte associée au temps requis pour effectuer l'entrevue aurait également pu être un inconvénient, et c'est pour cette raison que le moment de l'entrevue a été choisi par les participantes. Un risque relié à la situation pandémique du COVID-19 a également été pris en compte. Selon les règles sanitaires associées à la COVID-19 en vigueur au Québec, l'entrevue semi-dirigée a été effectuée via une plate-forme web (Microsoft TEAMS) relié au fait que les conditions sociosanitaires ne permettaient pas, à ce moment, d'être en présentiel. L'avantage de la participation à l'étude était d'avoir la satisfaction de contribuer à l'avancement des connaissances sur la formation initiale en soins infirmiers offerte dans les collèges québécois.

Résultats

Ce quatrième chapitre présente les résultats de l'étude et comporte deux sections. La première section est une synthèse du profil sociodémographique des infirmières débutantes participantes. La deuxième section détaille les résultats des analyses qualitatives en lien avec le cadre de référence retenu, pour les deux objectifs spécifiques de la présente étude. Finalement, une synthèse des résultats est exposée sous la forme d'un constat faisant état du développement des compétences de l'infirmière débutante après la formation collégiale.

Profil sociodémographique des participantes

Un questionnaire sociodémographique a été rempli par toutes les infirmières participantes. En fonction des données recueillies, cette section présente un portrait des participantes à l'étude. Au total, 15 infirmières débutantes ont participé à l'étude. L'échantillon se compose essentiellement de femmes (100%) et la majorité était âgée de 20 à 30 ans (80%). Une grande proportion des participantes (73.3%) ont obtenu un diplôme d'études collégiales en 2019. De plus, sur le total des participantes, 11 ont poursuivi leurs études dans le cheminement DEC-BAC (73.3%), mais celles-ci n'avaient pas terminé leurs études universitaires au moment de l'entrevue. Neuf participantes (60%) ont pris part à un externat durant l'été de leur 2^e ou 3^e année d'études. Les infirmières débutantes provenaient également de différentes régions administratives du Québec et plus particulièrement de la Capitale-Nationale (26.6%) et des Laurentides (26.6%). La majorité d'entre elles (86.7%) ont débuté sur une unité de médecine/chirurgie avec ou sans spécialités. Finalement, l'ensemble des participantes ont eu une période d'orientation à

l'embauche. Cependant, une grande variation a été notée en fonction du CIUSSS ou du CISSS où elles travaillent. Ainsi, la période d'orientation théorique pouvait s'étendre de trois jours à un mois et la période d'orientation pratique en préceptorat pouvait être de trois jours à 14 jours selon les différents milieux. De plus, seulement deux participantes (13.3%) ont mentionné avoir eu un accompagnement au besoin par une conseillère clinique jusqu'à un an après la période de probation. Il est à noter que quatre participantes (26.7%) n'ont pas spécifié le nombre de journées théoriques ou pratiques durant leur période d'orientation. Le Tableau 1 présente en détail les caractéristiques sociodémographiques des 15 participantes qui ont participé à l'entrevue.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=15)

Identifiant du participant	Sexe	Tranche d'âge	Année de diplomation	Poursuite DEC-BAC	Région administrative	Unité de soins
INF. 1	F	20-25 ans	Décembre 2018	Oui	Capitale-Nationale	Médecine interne
INF. 2	F	20-25 ans	Mai 2019	Oui	Centre-du-Québec	Pédiatrie
INF. 3	F	25-30 ans	Mai 2019	Non	Lanaudière	Médecine Cardiologie
INF. 4	F	30-35 ans	Mai 2019	Oui	Montréal	Gériatrie Gastroentérologie
INF. 5	F	20-25 ans	Mai 2019	Oui	Laurentides	Médecine Cardiologie
INF. 6	F	25-30 ans	Décembre 2019	Oui	Côte-Nord (Sept-Îles)	Chirurgie cardiaque
INF. 7	F	20-25 ans	Décembre 2018	Oui	Lanaudière	Chirurgie
INF. 8	F	45-50 ans	Décembre 2017	Oui	Montérégie	Médecine Cardiologie Soins de longue durée
INF. 9	F	20-25 ans	Décembre 2019	Oui	Laurentides	Médecine
INF. 10	F	20-25 ans	Mai 2019	Oui	Laurentides	Unité post-partum
INF. 11	F	20-25 ans	Mai 2019	Non	Saguenay-Lac-St-Jean	Médecine
INF. 12	F	25-30 ans	Décembre 2019	Oui	Laurentides	Médecine Chirurgie
INF. 13	F	25-30 ans	Décembre 2018	Non	Capitale-Nationale	Médecine Pneumologie
INF. 14	F	30-35 ans	Décembre 2019	Non	Capitale-Nationale	Médecine Pneumologie
INF. 15	F	25-30 ans	Mai 2019	Oui	Capitale-Nationale	Gériatrie active

Résultats des analyses qualitatives

Les résultats des analyses qualitatives se rapportant aux deux objectifs spécifiques de la présente étude, ont émergé selon les trois composantes de la Mosaïque (fonctionnelle, professionnelle et contextuelle) (Leprohon et al., 2009). Dans un premier temps, les résultats se rapportant au niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante sont présentés (objectif 1). Dans un second temps, les facteurs provenant de la formation collégiale qui ont influencé l'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante sont mis de l'avant (objectif 2).

Objectif 1 : Niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante

Les participantes se sont prononcées sur les facilités et les difficultés qu'elles ont vécues dans l'accomplissement de leurs activités professionnelles lors de leur entrée dans la profession (objectif 1). À des fins d'analyse et de présentation des résultats, les termes facilités et difficultés ont été libellés sous forme de compétences développées ou insuffisamment développées. Rappelons que le guide d'entrevue a été élaboré avec les termes facilités et difficultés dans le but de réduire les ambiguïtés possibles entourant l'utilisation du concept de compétence avec les répondantes. Ainsi, l'analyse des données a permis l'émergence de neuf thèmes principaux qui ont été regroupés selon les trois composantes de la Mosaïque. Pour chacun de ces thèmes, des compétences développées et insuffisamment développées (sous-thèmes) associées à la pratique ont été identifiées. L'ensemble de ces résultats est présenté dans le Tableau 2.

Tableau 2

Niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Compétences développées	Compétences insuffisamment développées
Composante fonctionnelle	Organisation des soins avec une charge de travail inconnue	<ul style="list-style-type: none"> – Demander de l'aide à ses collègues au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> – Organiser les soins avec une charge de travail plus élevée (nombre de patients) versus lors de la formation – Organiser les soins avec l'ajout des rôles non appris (coordination des soins, travailler en dyade, tâches administratives, etc.)
	Professionalisme	<ul style="list-style-type: none"> – Faire preuve de professionnalisme dans sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> – Connaitre et appliquer ses propres habilitations légales dans le cadre de sa pratique professionnelle; – Connaitre le niveau de responsabilisation de la profession infirmière

Tableau 2

Niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante (suite)

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Compétences développées	Compétences insuffisamment développées
Composante fonctionnelle (suite)	Collaboration interdisciplinaire et communication	<ul style="list-style-type: none"> – Communiquer avec les patients et l'équipe de soins dans un contexte de soins stable 	<ul style="list-style-type: none"> – Collaborer avec les infirmières auxiliaires en dyade – Connaître les rôles des autres professionnels de la santé – Parler et décrire une situation clinique au médecin
	Pratique infirmière basée sur des résultats probants	<ul style="list-style-type: none"> – Se référer aux infirmières cliniciennes, à l'AIC, aux protocoles infirmiers et aux ordonnances collectives – Apprendre par l'observation de ses collègues 	<ul style="list-style-type: none"> – Consulter les résultats probants lors de situations inconnues – Intégrer les avancés scientifiques dans leurs pratiques

Tableau 2

Niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante (suite)

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Compétences développées	Compétences insuffisamment développées
Composante professionnelle	Autonomie décisionnelle	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenir et faire le suivi d'une situation stable et connue – Se référer à ses collègues infirmières, infirmières auxiliaires et assistante infirmière-chef [AIC] pour valider les résultats des évaluations et les interventions réalisées 	<ul style="list-style-type: none"> – Prendre des décisions sur les soins complexes à prodiguer dans des contextes de soins stables et instables – Intervenir de manière autonome (sans filet de sécurité réalisé par l'enseignante) – Appliquer ses savoirs sans avoir peur de faire d'erreurs et soigner un patient sans risquer de lui porter préjudice
	Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> – Se référer à ses collègues infirmières pour relever des dossiers et faire la gestion des tâches administratives – Consigner au dossier les notes d'évolution d'un patient stable et remplir la documentation pertinente pour assurer un suivi 	<ul style="list-style-type: none"> – Effectuer le suivi infirmier d'un patient présentant des problèmes de santé complexes – Effectuer la gestion des tâches administratives – Gérer un épisode de soins
	Leadership	<ul style="list-style-type: none"> – Aucune 	<ul style="list-style-type: none"> – Appliquer les principes de base sur l'assignation et la supervision des activités de soins – Gérer une équipe de soins comprenant des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires

Tableau 2

Niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante (suite)

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Compétences développées	Compétences insuffisamment développées
Composante contextuelle	Interventions cliniques adaptées au contexte de soins	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenir dans des situations cliniques stables ou chroniques – Faire des évaluations tête-pieds – Demander de l'aide lors d'une situation clinique aiguë, instable ou critique 	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenir et prioriser les soins lors d'une situation de soins aigus, un contexte instable ou critique – Intervenir auprès de la personne qui requiert des soins en fin de vie – Contextualiser les soins à prodiguer selon la situation clinique – Cibler les évaluations selon la situation
	Détection précoce et intervention rapide en cas de détérioration de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> – Se référer à ses collègues infirmières cliniciennes et à l'AIC pour valider les résultats des évaluations – Se référer à ses collègues infirmières pour savoir quand aviser le médecin lors d'un changement dans une situation clinique 	<ul style="list-style-type: none"> – Connaître les normalités dans les éléments d'évaluation – Déterminer quand aviser le médecin – Reconnaître une situation de soins instable ou critique – Établir des priorités lors de soins d'urgence – Mettre en relation les éléments d'évaluations pour en faire un constat

Composante fonctionnelle. Pour chacun de ces thèmes, des exemples de verbatim sont présentés dans la section suivante. Dans un premier temps, les quatre thèmes principaux en lien avec la composante fonctionnelle sont mis de l'avant.

Organisation des soins avec une charge de travail inconnue. L'ensemble des participantes ont mentionné avoir eu des difficultés dans l'organisation des soins qui seraient causées par une augmentation drastique de la charge de travail qui leur était alors inconnue lors de la formation collégiale.

Je te dirais que j'ai trouvé cela difficile quand j'ai commencé sur le plancher. Surtout sur une unité de médecine. Par exemple, dans nos stages à l'école, on avait un gros maximum de trois patients à notre charge. Puis quand j'ai commencé, je pouvais avoir entre 12 et 14 patients à ma charge. Cela pouvait même aller jusqu'à 17 patients en soins intégraux. J'ai trouvé que c'était énorme pour une nouvelle infirmière comme charge de travail. (INF. 9)

Organiser les soins avec l'ajout des rôles non appris (p.ex., coordination des soins, travailler en dyade, tâches administratives) présentés dans le tableau précédent est également une difficulté rapportée par la majorité des participantes. D'ailleurs, ce constat est représenté par les propos de cette participante : « C'est certain que la marche est haute du CÉGEP au plancher. J'ai trouvé ça assez difficile parce qu'il y a plusieurs choses qu'on n'a pas apprises ni faites durant notre formation. C'est difficile de bien s'organiser dans ce temps-là » (INF. 5). Conséquemment à ces rôles non appris, l'infirmière débutante peut perdre confiance en elle et décider de quitter la profession. Voici un autre témoignage qui reflète leur ressenti : « Je suis consciente que tout le monde passe par là en début de

carrière. C'est simplement que moi, j'ai trouvé vraiment difficile cette transition. Même que j'ai pensé longtemps à abandonner et ne pas y retourner » (INF. 3). Il est également important de noter que la seule facilité ayant été rapportée par l'ensemble des participantes en lien avec ce thème est la capacité à demander de l'aide au besoin.

Professionalisme. La première difficulté en lien avec ce second thème est la capacité à connaître et appliquer ses propres habilitations légales dans le cadre de sa pratique professionnelle tout en faisant preuve de leadership. Ces notions soulevées par une participante comme étant peu apprises, sont pourtant plus que nécessaires pour l'accomplissement de son rôle dès l'entrée dans la profession.

On a un grand rôle de gestion, mais également en politique. On est très démuné par rapport à cela. Moi je trouve que quand j'ai commencé sur le plancher, je ne connaissais pas nécessairement tous mes droits [...]. On nous envoie sur le marché du travail en nous disant que oui ton travail c'est d'évaluer le patient, mais on ne nous dit pas que notre rôle d'infirmière c'est de mobiliser les gens pour donner des soins de qualité. Je trouve que cela n'est pas enseigné, même que ce n'est pas effleuré au CÉGEP. Je me suis rendu compte que j'avais un énorme manque avant même que je commence mon BAC. En plus, quand j'ai eu des cours en leadership politique à l'Université, je me disais que c'était tellement intéressant et que tout ce contenu devrait être intégré dans notre formation initiale. En tout cas, c'est un gros point manquant dans la formation du CÉGEP. (INF. 6)

Un deuxième exemple de difficulté mentionnée en lien avec le professionnalisme par près de la moitié des participantes est la capacité à connaître le niveau de responsabilisation de la profession infirmière : « Les patients sont à ta charge à toi, l'infirmière auxiliaire va se fier sur toi, tu es sa référence. Donc, je pense que c'est cette peur-là peut-être d'avoir cette charge de travail, de patients et des responsabilités » (INF.

7). D'autre part, tout ce qui concerne le décorum, les comportements professionnels ainsi que le respect du code de déontologie a été bien acquis par toutes les participantes et se reflète dans les propos suivants : « Moi je trouvais que j'avais quand même un bon cadre de pratique [...] Je te le dis, le CÉGEP m'a vraiment aidée pour apprendre le respect des comportements professionnels et ça m'a enlevé un stress » (INF. 2).

Collaboration interdisciplinaire et communication. Une des difficultés ayant posé un défi de taille à la majorité des participantes est la collaboration interdisciplinaire avec les infirmières auxiliaires. Cette collaboration se fait par l'entremise d'un travail d'équipe en dyade et a été rapportée par la majorité des participantes comme très difficile en début de carrière par une méconnaissance du rôle de l'infirmière auxiliaire tel que mentionné par cette participante :

Pour être honnête, je suis sortie de ma formation et je pensais que l'infirmière auxiliaire c'était comme l'infirmière. Quand j'ai eu pour la première fois une infirmière auxiliaire avec moi, je me suis dit : « Qu'est-ce qu'elle fait ? Bon, elle fait comme moi. Donc moi, c'est quoi mon travail alors? » (INF. 12)

Une méconnaissance de son propre rôle au sein d'une équipe tel que rapporté par cette participante : « Honnêtement, quand on doit travailler avec une infirmière auxiliaire c'est quand même un gros défi parce que nous n'avons jamais fait cela à l'école. Je n'ai jamais eu la chance de travailler en dyade durant mes études » (INF. 9) expliquerait également les difficultés vécues en lien avec la collaboration interdisciplinaire avec les infirmières auxiliaires. Par ailleurs, la majorité des participantes ont mentionné avoir une facilité à appliquer les principes de communication et de relation thérapeutique auprès de

tout type de clientèle. Ceci est reflété par les propos de cette participante qui mentionne avoir « toujours eu une facilité à communiquer avec les personnes. Ça vient avec les stages et justement c'est maintenant rendu facile » (INF. 5).

Pratique infirmière basée sur des résultats probants. Il est intéressant de rapporter qu'en lien avec ce thème, aucune participante n'a mentionné appuyer ses interventions sur des résultats probants et d'intégrer les avancées scientifiques dans sa pratique. Elles ont cependant identifié comme une facilité la capacité à se référer aux infirmières cliniciennes et à l'AIC, ainsi qu'à des sites telle que l'Intranet.

Je préférerais voir aussi ce que les autres faisaient sur l'étage. Des fois, il y avait de grosses différences entre ce qu'on a appris à l'école et ce qui est fait en milieu hospitalier. Parfois, c'était de voir comment c'était fait dans le milieu par les autres infirmières pour qu'on le fasse comme il faut. (INF. 7)

Elles étaient également capables de comprendre et d'appliquer des ordonnances collectives ou des protocoles infirmiers selon la situation clinique.

Comme avec un patient avec une DRS, on fait toujours la même évaluation. Il y a quand même beaucoup d'ordonnances collectives et de protocoles qui aident s'il y a quoi que ce soit. On va chercher à cet endroit et ça nous disait quoi faire. (INF. 1)

Composante professionnelle. Dans un deuxième temps, les trois thèmes principaux en lien avec la composante professionnelle sont présentés dans la prochaine section.

Autonomie décisionnelle. Un premier exemple en lien avec ce thème est la difficulté à intervenir de manière autonome, soit sans le filet de sécurité qu'apportait l'enseignante en stage qui a été rapporté par plus de la moitié des participantes.

Moi, j'avais l'impression de savoir ce que je faisais quand j'étais en stage [...]. J'avais l'impression que je savais où m'enligner. Finalement, on dirait que je suis devenue vraiment insécure. Je me disais que je n'avais plus de filet de secours et plus personne en arrière de moi. Ça m'a vraiment affectée, surtout ma confiance en moi. (INF. 15)

Ainsi, l'insécurité et la perte de confiance en soi dans la prise de décision peut mener à un sentiment de peur d'accomplir son rôle professionnel.

C'est seulement que chaque patient c'est nouveau et chaque problème de santé doit être analysé différemment. Chaque nouveauté c'était une autre petite marche et j'avais peur de me tromper. J'avais peur de porter préjudice aux patients, j'avais peur de faire des erreurs, j'avais peur...c'était vraiment une crainte profonde. (INF. 3)

Par ailleurs, toutes les participantes ont également souligné le sentiment de sécurité qu'apporte la possibilité de valider leurs actions et la capacité à se référer à une personne-ressource en cas de besoin. De plus, la capacité à intervenir et à faire le suivi d'une situation stable ou connue est un autre exemple de facilité rapporté par l'ensemble des participantes. L'exemple ci-dessous fait référence à une activité usuelle faite dans le cadre de la pratique en pédiatrie qui était d'intervenir auprès d'un jeune enfant ayant besoin d'une aspiration nasopharyngée.

Par exemple, pour faire la gestion des sécrétions, on fait toujours les mêmes interventions. On monte la tête de lit, on les aspire, etc. Ça semble basique, mais ça sauve la vie de nos enfants de faire seulement ça. Donc pour ces interventions, je ne le demandais pas à l'équipe, je les faisais d'emblée. (INF. 2)

Coordination des soins. Une incompréhension et une méconnaissance du rôle en coordination des soins ont été identifiées par la majorité des participantes et soutiennent les difficultés vécues. Entre autres, les difficultés dans la gestion des activités administratives sont bien représentées par les propos de cette participante :

Il y avait plusieurs papiers et documents à remplir que je n'avais jamais vus de ma vie. Ça faisait beaucoup, beaucoup trop de nouvelles choses pour mes débuts. [...]. Tous les appels, l'imprimante, les papiers à remplir, c'était le premier choc que j'ai eu quand j'ai commencé à travailler surtout lorsque j'ai vu toute cette paperasse à remplir. Tout ça, on ne nous apprend pas ça à l'école. (INF.4)

Conséquemment, faire la gestion d'un épisode de soins et effectuer le suivi infirmier d'un patient présentant des problèmes de santé sont deux difficultés rapportées par plus de la moitié des participantes et sont bien représentées par ce témoignage : « La révision du dossier, honnêtement, je me souviens qu'au début, j'avais tellement de difficulté juste à savoir pourquoi mon patient était hospitalisé. J'avais même de la difficulté à savoir toutes ces informations-là pour mes 12 patients! » (INF. 9). D'un autre côté, la capacité à se référer à ses collègues infirmières pour relever des dossiers et faire la gestion des tâches administratives a été mentionnée comme une facilité en lien avec cette thématique.

Leadership. En lien avec ce thème, il est important de souligner qu'aucune facilité n'a été identifiée par les participantes de cette étude. Une des premières difficultés mises de l'avant par la majorité des participantes est la capacité à appliquer les principes de base sur l'assignation et la supervision des activités de soins.

En plus, comme infirmière, je commence ma carrière et je dois faire la chef d'équipe et je dois dire quoi faire aux autres. J'ai trouvé cela vraiment difficile [...]. Tu sais, on a toujours été soumis pendant nos trois ans de formation et on commence comme infirmière et je dois jouer à la chef. Ça ne fonctionnait pas. (INF. 4)

Afin de coordonner efficacement un épisode de soins, l'infirmière débutante doit également faire la gestion des professionnels de la santé impliqués dans le dossier d'un patient. En ce sens, cette gestion de personnel a été une activité mentionnée comme difficile et stressante par les participantes vu le haut niveau de responsabilisation qui en découle.

Moi quand j'ai commencé comme infirmière, j'étais en centre d'hébergement. J'avais 65 patients à ma charge! Quand j'ai commencé, il fallait que je fasse la gestion de tous les suivis. Par exemple, les suivis auprès des préposés, des infirmières auxiliaires, les visites médicales, les rendez-vous, etc. C'était vraiment beaucoup. (INF. 8)

Composante contextuelle. Dans un troisième temps, deux thèmes principaux ont émergé dans la composante contextuelle et sont présentés ci-dessous.

Interventions cliniques adaptées au contexte de soins. L'un des exemples de difficulté rapportés par l'ensemble des participantes en lien avec ce thème est la capacité à intervenir et à prioriser les soins lors d'une situation de soins aigus, instable ou critique.

Je vais toujours me souvenir quand j'ai commencé comme infirmière, j'ai eu un flash OAP et je suis vraiment restée figée, je ne savais pas quoi faire. [...] Je me sentais tellement poche...je ne me sentais pas outillée pour faire face à ce genre de situation. Le patient n'était pas capable de parler, les sécrétions remontaient, c'était vraiment trop pour moi. (INF. 12)

Une facilité rapportée par l'ensemble des participantes qui est reliée à ce thème est l'application des évaluations complètes (tête-pieds) pour chaque patient.

J'ai quand même trouvé ça facile, parce que je savais quoi faire vu qu'on les [évaluations tête-pieds] faisait toutes en stage. Même si le patient venait pour quelque chose d'abdo, j'auscultais quand même son cœur et ses poumons et je faisais vraiment l'évaluation de sa tête aux pieds. (INF. 6)

Il s'avère cependant important de mentionner une certaine ambiguïté soulevée par la majorité des participantes sur les évaluations complètes faites en stage comparativement à la réalité clinique où les évaluations ciblées sont plus utilisées. À cet égard, la majorité des participantes ont mentionné comme étant difficile de faire des évaluations ciblées selon la situation clinique puisqu'elles avaient l'habitude durant la formation de faire des évaluations complètes tête-pieds pour chaque patient. Il en va de même avec la contextualisation des résultats de laboratoire sanguins lors de l'analyse de ceux-ci selon la situation clinique spécifique au patient.

Moi, ce que j'ai trouvé difficile c'est qu'à l'école, j'ai appris à faire une évaluation tête-pieds à tout le monde comparativement à ce qui était fait par les infirmières sur le plancher, c'était deux choses différentes. Comme l'auscultation pulmonaire, moi quand j'arrivais sur le département, il y avait seulement une ou deux infirmières qui auscultaient ses patients tandis qu'en stage on les auscultait tous peu importe la situation. (INF. 3)

Finalement, il est important de souligner qu'une des facilités rapportées par la majorité des participantes consiste à intervenir et à assurer un suivi clinique dans des situations de santé stables ou chroniques.

On regardait leur niveau d'autonomie. On s'assurait que la personne ne se déshydrate pas, des évaluations comme ça plus générales à la personne âgée. Donc surveiller la décompensation de tous ces éléments. Mais

c'était facile de faire les liens. C'était du cas par cas, mais quand même dans l'ensemble ça revenait souvent aux mêmes constats. (INF. 11)

Détection précoce et intervention rapide en cas de détérioration de l'état de santé. La prise en charge d'une situation de soins instables ou critiques passe par la détection précoce de la détérioration de l'état de santé. Cependant, ceci a été mentionné comme une difficulté par toutes les participantes.

C'est certain quand il y avait des situations où les patients étaient moins stables, j'oubliais souvent des éléments à évaluer [...]. C'est difficile quand même d'agir efficacement et rapidement dans des situations qu'on n'a jamais vécues [durant la formation]. Des situations qui sont vraiment stressantes où les patients ne vont pas bien. Je dirais que dans ces situations, c'est difficile de savoir quoi faire en priorité, quoi aller chercher [...] (INF. 5)

Ainsi, connaître les normalités dans les éléments d'évaluation clinique permet de reconnaître une situation de soins instable ou critique. Cependant, ceci a été une des difficultés rapportées.

C'était beaucoup en lien avec les appels aux médecins et savoir quand s'inquiéter et quand ne pas s'inquiéter. Parfois, je m'inquiétais et elles [collègues infirmières] me disaient que c'était correct que je n'avais pas à appeler le médecin pour ça. Donc ça, c'était plus difficile à savoir ce qui est normal ou non. (INF. 7)

Il est important d'agir rapidement et efficacement dans une situation clinique instable ou critique. Ainsi, l'organisation et la priorisation des soins sont primordiales dans ce type de situation. Cependant, ceci a été mentionné comme plus difficile par plus de la moitié des participantes. Par ailleurs, les infirmières débutantes ont mentionné qu'elles étaient amplement capables de se référer avec aisance à une collègue infirmière,

assistante infirmière-chef ou infirmière auxiliaire pour tout type de questionnement ou pour valider leurs actions. Dans des situations inconnues telles que les situations de soins instables ou critiques, elles ont toutes rapporté avoir eu besoin d'aide et d'avoir eu la capacité de se référer afin d'agir adéquatement et efficacement.

Je te dirais qu'on se pose beaucoup de questions quand ça t'arrive les premières fois [situations instables ou critiques]. C'est des événements qui arrivent et tu ne sais pas du tout quoi faire. Par exemple, une patiente dans ma section qui ne va vraiment pas bien et qui désature à 70 avec un B-PAP. Je ne savais pas quoi faire. Donc tu demandes de l'aide à ton infirmière auxiliaire ou à d'autres infirmières sur le plancher. (INF. 9)

Objectif 2 : Facteurs de la formation collégiale influençant l'acquisition des compétences de l'infirmière débutante

Les participantes se sont prononcées sur les facteurs de la formation collégiale reçue qui ont facilité ou limité l'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement de leurs activités professionnelles en début de pratique (objectif 2). À cet effet, l'analyse des données a permis l'émergence de six thèmes principaux. Pour chacun de ces thèmes, les facteurs facilitants et limitants (sous-thèmes) associés à la formation collégiale reçue ont été identifiés et le tout a été classifié en fonction du cadre de référence. L'ensemble de ces résultats est présenté dans le Tableau 3. À la lumière des différents facteurs soulevés par les participantes, celles-ci ont eu la possibilité d'émettre des suggestions dans le but d'améliorer la formation. En ce sens, après l'analyse des données recueillies, les recommandations allaient de pair avec les sous-thèmes identifiés dans les facteurs limitants. Celles-ci ont donc été intégrées dans la prochaine section.

Tableau 3

Facteurs de la formation collégiale influençant l'acquisition des compétences de l'infirmière débutante

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Facteurs facilitateurs	Facteurs limitants
Composante fonctionnelle	Pratique infirmière appuyée sur des assises scientifiques	– Aucun	– Peu de sensibilisation à l'égard de l'utilisation des données issues de la recherche.
	Fonctionnement en stage	– Importance de l'apprentissage expérientiel dans les milieux cliniques	– Charge de travail réaliste en stage, mais pas représentative de la réalité (nombre de patients) – Ratio enseignante/étudiantes trop élevé – Attendre la disponibilité de l'enseignante afin d'effectuer des activités en stage – Peu d'autonomie décisionnelle (filet de sécurité) – Prise en charge de patient ayant un faible niveau de complexité
	Intégration des connaissances et des compétences	– Notions significatives théoriques en pharmacologie, pathologie et évaluation tête-pieds – Encouragement à travailler comme préposée aux bénéficiaires – Encouragement à travailler comme externe durant l'été	– Trop grande quantité de matière à intégrer en peu de temps – Programme axé sur les méthodes de soins – Répétition des contenus de cours – Stratégie d'apprentissage favorisant la mémorisation versus la compréhension

Tableau 3

Facteurs de la formation collégiale influençant l'acquisition des compétences de l'infirmière débutante (suite)

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Facteurs facilitateurs	Facteurs limitants
Composante fonctionnelle (suite)	Mode d'apprentissage en classe et en stage	<ul style="list-style-type: none"> – Apprentissage expérientiel préconisant la participation à des laboratoires, des ateliers et des simulations 	<ul style="list-style-type: none"> – Sanction reliée à l'erreur en stage – Crainte de poser des questions – Peu de rétroaction constructive/positive
Composante professionnelle	Responsabilités professionnelles dans la coordination des soins et la collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> – Collaboration entre collègues et étudiantes favorisée (entraide en stage) – Apprentissage des principes de communication avec la clientèle – Apprentissage théorique des principes de communication avec les médecins – Apprentissage de l'utilisation de la documentation légale (p.ex., notes d'évolution, signes vitaux) 	<ul style="list-style-type: none"> – Pas d'exposition en stage sur les principes de base de l'assignation et la supervision des activités de soins – Pas d'exposition réaliste aux principes du travail d'équipe – Pas d'exposition aux tâches administratives de soins – Pas de gestion d'un épisode de soins en stage (faite par l'infirmière de l'unité) – Méconnaissance de la trajectoire de soins – Manque d'outils pour appliquer les principes de leadership

Tableau 3

Facteurs de la formation collégiale influençant l'acquisition des compétences de l'infirmière débutante (suite)

Composantes de la Mosaïque	Thèmes émergents	Facteurs facilitateurs	Facteurs limitants
Composante contextuelle	Rôle professionnel dans la prise en charge des patients en stage	<ul style="list-style-type: none"> – Apprentissage des méthodes de soins – Application des ordonnances collectives et protocoles infirmiers en stage – Interventions cliniques plus techniques 	<ul style="list-style-type: none"> – Peu d'expositions à des situations cliniques instables ou critiques – Pas d'apprentissage théorique en lien avec les évaluations, interventions et soins à prioriser lors de situations cliniques instables ou critiques – Pas de prise en charge de patients instables ou critiques

Composante fonctionnelle. Pour chacun de ces thèmes, des exemples de verbatim sont présentés dans la section suivante. Dans un premier temps, les quatre thèmes principaux en lien avec la composante fonctionnelle sont mis de l'avant.

Pratique infirmière appuyée sur des assises scientifiques. Cette thématique comporte un seul facteur limitant soit le peu de sensibilisation à l'égard de l'utilisation des données issues de la recherche lors de la formation collégiale. À cet égard, une seule participante souligne l'importance « d'apprendre à apprendre » afin d'être outillé à bien chercher l'information scientifique pertinente dans des situations inconnues.

L'important c'est de savoir comment bien faire les choses et de savoir où aller chercher l'information, bien plus que de l'exécuter. [...] Je pense que l'important, c'est de plus nous référer à des sites de confiance. Les enseignantes nous référaient à nos livres qu'on a acheté et qui ne sont plus à jour cinq ans plus tard. Je pense qu'ils devraient plus nous montrer comment aller sur les sites Internet, nous montrer ce qui est fiable ou non, parce qu'on finit notre DEC et cinq ans après, il y a pleins d'informations qui ne sont plus pertinentes et qui ont changé. Ça, je trouve qu'on ne nous a pas formés assez là-dessus. (INF. 6)

Fonctionnement en stage. Une formation collégiale non représentative de la réalité clinique a été un facteur limitant rapporté à plusieurs reprises par l'ensemble des participantes.

Je pense que ce qui ressort le plus de ma formation, c'est que ce n'était pas assez concret versus la réalité. Quand tu es à l'école, c'est un monde un peu idéal, mais quand tu arrives sur le plancher, ça s'emballer vite et tu en as pas mal sur les épaules. [...] Je ne trouve pas que les stages étaient représentatifs de ce que j'allais vivre comme nouvelle infirmière. Selon moi, il faudrait rendre ça plus réel pour que ça ressemble plus à la réalité des milieux. J'ai eu la chance de faire l'externat. Grâce à cette expérience, j'ai pu vivre cette réalité, mais quand je retournais à l'école je me

disais que ce n'est tellement pas ça ! Dans le sens que je trouvais que ce qu'on nous présentait à l'école versus ce qu'on s'apprêtait à faire ou à vivre c'était complètement différent. (INF. 3)

En ajout, la prise en charge d'un nombre restreint de patients en stage limite l'exposition à une charge de travail réaliste lors de l'entrée sur le marché du travail. Ce facteur limitant a également été mentionné par l'ensemble des participantes.

C'est seulement que la marche est grande versus ce qu'on apprend à l'école. Lorsqu'on est en stage on a une patiente, parfois deux quand on est bonne, même trois quand on est très bonne. Et là, tu en as 11 avec des bandes de rythme et... ne te trompe pas! (INF. 4)

Durant les stages, il a été également rapporté par les participantes que le fonctionnement permet seulement une prise en charge de patients ayant un faible niveau de complexité. Ce facteur limitant crée un écart entre ce qui a été vécu lors de la formation comparativement aux cas cliniques plus complexes rencontrés lors de leur entrée en fonction.

Ce que j'ai trouvé difficile, c'est qu'en médecine/cardiologie on avait souvent des personnes âgées avec plusieurs comorbidités. Ce n'étaient pas des petits cas comme en stage. Des problèmes cardiaques chez un monsieur de 50 ans qui a juste ça, non! Ce n'est pas la réalité. Les patients avaient souvent trois ou quatre autres pathologies et ça, je trouvais ça difficile. (INF. 9)

Selon les participantes, le manque de représentativité clinique lors des stages serait expliqué par un ratio enseignante/étudiantes trop élevé. Les grands groupes de stage ont été nommés comme un facteur limitant par toutes les participantes puisqu'elles devaient attendre la disponibilité de l'enseignante afin d'effectuer des activités en stage, ce qui ne représentait pas la réalité clinique.

Par exemple, quand tu fais vérifier des médicaments, tu dois attendre après ton enseignante pour lui montrer, c'est long. En plus, tu as seulement un patient. Ce n'est pas comme ça dans la réalité, je trouve. Quand tu es en groupe de six étudiantes en stage, il faut souvent que tu attendes en ligne pour faire vérifier tes soins, tes médicaments, tes dossiers, etc. Tu n'es pas confrontée nécessairement comme à la dynamique du milieu. (INF. 3)

Conséquemment, la non-représentativité de la réalité clinique en stage à un impact sur le niveau de préparation des nouvelles infirmières et amène des sentiments tels que ne pas être à la hauteur, être incompetente. Ce ressenti appert être bien reflété par plus de la moitié des participantes de cette étude.

Je me sentais incompetente ! Tu commences, tu penses que tu as un bon bagage, tu sors de l'école, tu as quand même des connaissances, mais tu te rends compte qu'au début, tu ne te sens vraiment pas à la hauteur. C'est beaucoup de charge de travail pour le nombre de patients. Le ratio patient/infirmière que j'ai vécu en stage, ce n'est pas la réalité dans le fond. Tu te rends compte que les stages puis notre travail à l'hôpital c'est zéro la réalité que tu as connue. (INF. 9)

Malgré le fait que les stages aient été mentionnés comme non représentatifs de la réalité par l'ensemble des participantes, il est intéressant de constater que le facteur le plus facilitant mentionné par la majorité des participantes était l'importance de l'apprentissage expérientiel dans les milieux cliniques lors des stages.

En ce qui me concerne, mon expérience vient sans aucun doute des stages et des patients que j'ai eus; ça m'a outillée. Ce n'est évidemment jamais parfait quand on sort de l'école, mais la base était quand même très solide et j'ai pu m'appuyer sur ce que j'avais vécu en stage et à l'école [laboratoires et simulations cliniques] pour mieux gérer les différentes situations. (INF. 13)

Intégration des connaissances et des compétences. Le troisième thème identifié fait référence aux stratégies d'enseignement et aux approches pédagogiques. En ce sens, lors de leurs études collégiales, plus de la moitié des participantes ont rapporté que les stratégies d'apprentissages favorisant la mémorisation au détriment de la compréhension ont limité la consolidation des apprentissages théoriques. De plus, une trop grande quantité de matière à intégrer en peu de temps a été notée.

Je trouve que c'est du bourrage de crâne. On apprenait beaucoup de choses en peu de temps pour nous envoyer en stage une semaine après en nous disant d'appliquer nos connaissances. Mais, c'est difficile! Je viens d'apprendre le système respiratoire au complet par cœur en une semaine, puis on me demande de tout connaître. Bourrage de crâne! [...] Beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses à apprendre en peu de temps. (INF. 10).

En ajout, il a été mentionné par plus du tiers des participantes que le programme de formation collégial est trop axé sur les méthodes de soins au détriment des autres activités professionnelles entourant le rôle de l'infirmière.

Ce que je veux dire c'est que les techniques c'est super important de les savoir et je n'enlève rien à ça, sauf qu'on se concentre tellement sur les techniques pendant la formation que je trouve que parfois, on pourrait manquer un peu de jugement clinique et on développe un peu moins notre tête d'infirmière. [...] Je trouve que c'est moins bien expliqué le rôle de l'infirmière sur les départements, comment ça fonctionne vraiment. Je trouve aussi que pendant la formation, ils nous disent tout le temps qu'on a beaucoup de techniques à faire comme des prises de sang, les signes vitaux, le levine, etc. Mais rendu sur le département, tu n'es pas tout le temps en train de faire des techniques, ce n'est pas vrai, c'est l'infirmière auxiliaire. (INF. 11)

Finalement, l'ensemble des participantes ayant fait un externat en soins infirmiers ($n = 9$) ont mentionné que c'était une expérience des plus aidantes pour voir la réalité du rôle de l'infirmière.

Je vais reprendre ce que j'ai dit. J'ai plus appris ce qu'est la réalité du rôle de l'infirmière quand j'ai fait mon externat. Entre la deuxième et la troisième année du CÉGEP. Oui en stage on la voit un peu, mais on ne voit pas comment les infirmières et les infirmières auxiliaires travaillent ensemble, la gestion des dossiers, etc. On est pas mal plus dans notre bulle d'étudiant avec notre enseignante et on gère nos deux patients. (INF. 11)

Mode d'apprentissage en classe et en stage. Un des facteurs limitants étant associés à ce thème est la sanction reliée à l'erreur en stage qui a été rapportée par la moitié des participantes comme une expérience d'apprentissage négative récurrente tout au long de leurs études.

Au CÉGEP de X, je pense qu'ils sont bons là-dessus. Dans le sens, les échecs sont faciles, les erreurs aussi, tous les avis disciplinaires ou les avis dans les grilles de stage. C'est vraiment plus un apprentissage par la peur que par renforcement, disons. (INF. 12)

Moi je dirais que ce que je me rappelle le plus, c'est que j'étais extrêmement anxieuse durant ma formation. [...] Je comprends qu'on a de grosses responsabilités sur nos épaules comme infirmière, mais l'anxiété reliée à la technique, c'est ce qui m'a le plus marquée et que je changerais. C'était beaucoup de pression de performance. [...] Même en stage. Tu as le droit à trois erreurs de médicaments par exemple. Je me rappelle, j'en avais fait une et je me suis mise à pleurer sur mon département, j'étais en crise de panique [...]. Tu anticipes constamment l'échec, c'est ça le problème. Je dirais même que c'était comme ça avec beaucoup d'autres étudiantes. On était très anxieuse et on avait de la misère à gérer l'anticipation de l'échec, vraiment. (INF. 10)

À cet égard, la crainte de poser des questions en stage a également été soulevée comme étant un facteur limitant par le tiers des participantes.

On avait parfois peur de demander à l'enseignante de nous expliquer un lien sur une situation clinique parce que quand on posait trop de questions, on avait l'air de ne pas savoir quoi faire et on nous pénalisait. J'évitais de trop poser des questions et j'essayais de rester le plus invisible possible pour ne pas trop ressortir du groupe. Je ne voulais pas trop être en évidence et attirer l'attention de l'enseignante sur moi et qu'elle décide de me faire couler le stage. (INF. 4)

Par ailleurs, tous les types d'apprentissage expérientiel préconisant la participation à des laboratoires, des ateliers et des simulations cliniques ont été des modes d'apprentissage appréciés par la majorité des participantes. En ce sens, une des infirmières a même fait mention d'ajouter des heures en laboratoire dès le début dans le programme de formation.

J'ai l'impression que quand tu termines ta formation au CÉGEP, toutes les techniques sont beaucoup plus faciles à faire à l'hôpital. Au CÉGEP, on avait beaucoup de stages et en plus de la pratique en labo et les simulations, j'ai l'impression que c'était vraiment facilitant pour ce côté-là. (INF. 1)

Composante professionnelle. Dans un deuxième temps, un seul thème a émergé en lien avec la composante professionnelle et sera présenté dans le paragraphe ci-dessous.

Responsabilités professionnelles dans la coordination des soins et la collaboration interdisciplinaire. En lien avec ce thème, le premier facteur limitant rapporté par la majorité des participantes est le peu d'expositions cliniques réalistes sur les principes relatifs au travail d'équipe.

J'ai trouvé difficile tout ce qui est en lien avec le travail interdisciplinaire. Je trouve qu'on ne nous l'a pas expliqué à l'école. En fait, je dirais que ç'a été manqué totalement. [...] On connaît un peu le rôle de l'infirmière auxiliaire, mais de travailler en équipe avec elle, pas vraiment. (INF. 3)

Le peu d'expositions en stage sur les principes de base de l'assignation et la supervision des activités de soins, ainsi que le manque d'outils pour appliquer les principes de *leadership* lors de la formation collégiale sont d'autres exemples de facteurs limitants en lien avec cette thématique. En ce sens, la majorité des participantes ont relevé que le rôle de l'infirmière appris lors de la formation est plus technique et axé sur l'accomplissement des soins intégraux que sur le partage des tâches au sein d'une équipe.

Une autre chose aussi que je trouve qu'on ne nous a pas dit pendant la formation, c'est qu'on ne fait pas tout. Ils nous apprennent à faire les toilettes, les glycémies, les signes vitaux, etc. Mais en général, tu travailles en duo avec ton infirmière auxiliaire et tu dois lui déléguer les tâches à faire. Dans ce temps-là, tu ne fais pas tout ce que tu as appris ou fait en stage. Tu as beaucoup d'évaluations, des papiers, tous les petits à côté de l'infirmière. C'est ça que je trouve un peu qui manque. C'est trop concentré sur les techniques. (INF. 11)

Il en va de même avec les apprentissages en lien avec les activités clinico-administratives qui ont été limités lors de la formation collégiale et rapportés comme un facteur limitant par l'ensemble des participantes. Également, la majorité des participantes ont mentionné que la gestion d'un épisode de soins en stage était majoritairement faite par l'infirmière de l'unité, ce qui a limité leur compréhension du rôle à accomplir au-delà des soins directs aux patients.

Pour tout ce qui est en lien avec la gestion des dossiers, les communications interdisciplinaires, etc. c'était difficile. Ce sont toutes les tâches que nous ne faisons pas vraiment en stage parce qu'on est des étudiantes. Nos enseignantes laissent toutes ces tâches à l'infirmière responsable sur l'unité. On ne peut pas appeler le médecin non plus durant les stages comme dans la vraie vie quand on est infirmière. (INF. 12)

Les apprentissages limités sur les activités professionnelles nécessaires à la coordination des soins mènent à une méconnaissance de la trajectoire de soins qui est également un facteur limitant en lien avec cette thématique.

En stage, on nous apprend à préparer les médicaments et les montrer à l'enseignante. Si on a une intervention à faire, on doit attendre après l'enseignante. Si on fait une évaluation, on doit aller le dire à l'enseignante, etc. Tout ce qu'on fait est tellement par étape, par bloc qu'on ne nous apprend pas à avoir une vision globale des soins en stage. (INF. 12)

Dans un autre ordre d'idée, l'apprentissage des approches relationnelles auprès de la clientèle a été mentionné par la majorité des participantes comme un facteur des plus facilitant suite à la formation collégiale reçue.

Moi je trouve que ça [communication avec les patients] c'était quelque chose qui a vraiment bien été de mon côté. J'ai senti que c'était important la relation infirmière-patient durant ma formation. Important de voir que ce ne sont pas juste des soins, qu'il y a une personne derrière. (INF. 10)

Les principes concernant les communications avec les médecins ont également été mentionnés comme un facteur facilitant qui a bien été appris théoriquement, malgré le manque de pratique réaliste. Finalement, l'apprentissage de l'utilisation de la documentation légale (notes d'évolution, signes vitaux, etc.) a été un autre facteur facilitant qui est soulevé par le tiers des participantes.

Honnêtement, c'était aidant d'avoir différents milieux de stage. Aussi, ce qui est le fun des stages au CÉGEP, c'est que tu as le temps de feuilleter tes dossiers. Tu peux prendre une demi-heure pour le feuilleter, parce que tu as juste deux patients. [...] Par exemple, les feuilles à remplir, c'était facile. Les feuilles de signes vitaux, les feuilles de suivi de plaie, etc. On les avait vus au CÉGEP. (INF. 9)

Composante contextuelle. Dans un troisième temps, un seul thème a émergé en lien avec la composante contextuelle et sera détaillé ci-dessous.

Rôle professionnel dans la prise en charge des patients en stage. Lors de la formation collégiale, le peu d'expositions à des situations cliniques instables ou critiques et aucune prise en charge de ce type de cas clinique ont été rapportés par l'ensemble des participantes comme des facteurs limitants en lien avec ce thème. Elles ont également relevé qu'il n'y a aucun apprentissage théorique en lien avec les évaluations, les interventions et les soins à prioriser lors de situations cliniques instables ou critiques rendant ainsi la prise en charge de ce type de situation clinique très difficile en début de pratique.

Je savais qu'il n'allait pas bien [le patient], que c'était respiratoire, mais les situations d'urgences ne sont pas vues et on ne nous donne pas de patient instable ou avec de gros problèmes comme ça en stage. Mais on est bonne pour appeler le médecin. (INF. 12).

Par ailleurs, les apprentissages plus techniques tels que les méthodes de soins ont été mentionnés comme un facteur facilitant en lien avec cette thématique par près de la moitié des participantes. Quoique la pratique des méthodes de soins directement sur les patients variait selon l'exposition clinique de chaque étudiante, cela a tout de même facilité l'acquisition de leur rôle en début de pratique.

Les laboratoires c'étaient bien aussi pendant la formation. On nous a vraiment bien enseigné les techniques, surtout les pansements, l'asepsie, etc. Il y a vraiment un soutien aussi, si tu as de la difficulté avec un pansement ou une technique [technicienne de laboratoire], elles vont venir t'aider au laboratoire. (INF. 9)

Synthèse des résultats

L'analyse des résultats obtenus démontre plusieurs retombées positives mentionnées par les infirmières débutantes en lien avec la formation collégiale reçue. Les connaissances de base en pharmacologie, l'apprentissage expérientiel (stages, laboratoires et simulations) et les apprentissages techniques sont les exemples les plus fréquemment rapportés par les répondantes comme ayant facilité l'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement de leurs activités professionnelles en début de pratique. À cet égard, cela leur a permis d'avoir de la facilité à intervenir et à assurer un suivi clinique dans des situations de santé stables ou chroniques lors de leur entrée en fonction. Par ailleurs, des approches pédagogiques axées sur la mémorisation, le fonctionnement en stage, la non-représentativité de la réalité clinique lors des stages, ainsi que certaines activités professionnelles non apprises ont été mentionnées par l'ensemble des participantes comme étant les plus grands facteurs ayant limité le développement de leurs compétences lors de la formation collégiale reçue. Les activités professionnelles les plus affectées par les compétences insuffisamment développées suite à la formation collégiale reçue ont été la collaboration interdisciplinaire, le leadership, la coordination des soins, ainsi que la capacité à intervenir dans une situation de soins instables ou critiques. Ces compétences insuffisamment développées peuvent donc provoquer divers impacts psychologiques et émotionnels, tels que le stress, de l'insécurité et une perte de confiance en soi dans la prise de décision pouvant mener jusqu'à un sentiment de peur d'accomplir son rôle professionnel.

Discussion

Ce chapitre présente une discussion en regard des résultats obtenus. À cet effet, la présente étude qualitative exploratoire rétrospective avait pour but d'explorer l'adéquation entre la formation collégiale reçue et les compétences développées en réponse aux exigences attendues au seuil d'entrée à la profession. Notamment, les objectifs de l'étude étaient de 1) décrire le niveau d'acquisition des compétences de l'infirmière débutante nécessaires à l'accomplissement de ses activités professionnelles et de 2) décrire les facteurs limitant et facilitant l'appropriation des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante associées à la formation collégiale reçue. Ainsi, les résultats de ces objectifs ont été appuyés et discutés selon les trois composantes du cadre de référence à l'étude (composante fonctionnelle, professionnelle et contextuelle) (Leprohon et al., 2009). Enfin, les retombées dans les cinq axes de la discipline infirmière de même que les forces et les limites de l'étude sont abordées en fin de chapitre.

Composante fonctionnelle

À la lumière des résultats obtenus, l'organisation des soins avec une charge de travail inconnue, le professionnalisme, la collaboration interdisciplinaire et la communication, ainsi que la pratique infirmière basée sur des résultats probants sont les thèmes principaux émergeant des facilités et des difficultés rapportées par les participantes (objectif 1), en lien avec la composante fonctionnelle. Par ailleurs, le fonctionnement en stage, l'intégration des compétences et des connaissances, l'apprentissage expérientiel et une pratique infirmière appuyée sur des assises scientifiques sont les thèmes émergeant

dans cette composante pour l'objectif 2. Il s'avère intéressant de constater que ces thèmes corroborent avec ceux obtenus dans l'objectif 1 et peuvent expliquer les facilités et les difficultés vécues. À cet effet, cette section discutera notamment de ce constat tout en mettant de l'avant la non représentativité de la réalité clinique, l'importance de l'apprentissage expérientiel, la capacité des infirmières débutantes à se référer à leurs collègues infirmières, l'utilisation des résultats probants dans la pratique de l'infirmière débutante, une formation surchargée axée sur les techniques et de l'encadrement pédagogique. De plus, il appert pertinent d'ajouter que la majorité des résultats obtenus se situe dans la composante fonctionnelle.

Tout d'abord, il importe de soulever que la majorité des participantes se sont exprimées sur des facteurs structurels et organisationnels en lien avec le fonctionnement en stage. Selon les participantes, la non-représentativité du rôle et de la réalité clinique en stage prédisposerait à un développement sous-optimal de certaines compétences, telles que celle de l'organisation du travail. Afin de soutenir ce constat, l'exemple repris à maintes reprises par les participantes expliquait que l'enseignante, supervisant six étudiantes en stage, peut seulement prendre un nombre limité de patients par étudiante. Ce nombre varie d'un à trois patients par étudiante. Dans cette optique, il semble alors impossible pour l'étudiante d'avoir une prise en charge d'un nombre de patients représentant la réalité du milieu de travail en stage qui correspond en moyenne à six à huit patients en soins intégraux ou 10 à 12 patients en collaboration avec une infirmière auxiliaire (ce nombre varie selon le quart et le milieu de travail). Les résultats obtenus

rejoignent ceux de l'étude d'Ulupinar et Aygodan (2021), où 73.8% des infirmières nouvellement diplômées ($n = 428$) ont trouvé difficile de s'adapter à cette nouvelle charge de travail qui différait de ce qui avait été pratiqué en stage lors de leur formation. Dans le cadre de cette étude, la prise en charge limitée d'un nombre de patients en stage amène des difficultés dans la priorisation des soins et une désorganisation secondaire à une charge de travail inconnue lors de l'entrée en fonction. Ce constat corrobore avec les écrits de Charette et al. (2019a) et Ortiz (2016) qui en arrivent aux mêmes conclusions. Il en va de même avec la complexité des cas cliniques rencontrés en stage qui diffèrent grandement de la complexité des cas avec lesquels l'infirmière doit composer en début de pratique. Ce constat s'avère similaire aux résultats de l'article de Rusch et al. (2019) qui relève que la nouvelle infirmière est confrontée à des cas cliniques plus complexes en début de pratique que les cas qui avaient été vus lors de sa formation. L'augmentation de la complexité des soins est un phénomène hautement rapporté dans les écrits et les infirmières débutantes rencontreront sans nul doute ce type de clientèle en début de pratique (Kavanagh & Szweda, 2017; Ortiz, 2016; Willman et al., 2020). Les participantes de notre étude ont mentionné ne pas être exposées à des situations cliniques complexes à cause du type de modèle de supervision qui s'effectue en groupe lors des stages et de la charge de travail de l'enseignante. En surcroît, le temps d'attente qu'occasionnent ces grands groupes de stage pour avoir accès à la ressource enseignante (vérification de la médication à administrer, surveillance des interventions à effectuer, supervision des techniques de soins, etc.) en fin de parcours de formation a également été mentionné comme ayant un impact négatif sur leurs apprentissages et le développement de leurs

compétences. Selon les participantes interviewées dans le cadre de notre étude, ces moments d'attentes ne représentaient pas la dynamique réellement vécue dans les milieux lors de leur entrée en fonction. Dans un article publié par l'OIIQ (2009), les auteurs exposent une problématique où la transformation et la complexification des contextes de soins rendent difficile l'encadrement pédagogique. Ils mettent très brièvement en parallèle les deux principaux modes de supervision clinique existants, soit l'encadrement des stages par une enseignante pour six, ou sept étudiantes (modèle de supervision de groupe) qui s'effectue majoritairement au collégial, ou soit l'encadrement par une préceptrice issue du milieu clinique qui s'opère dans les stages universitaires (OIIQ, 2009). En ajout, les résultats de notre étude corroborent avec les résultats de l'étude de Blanchette, Chouinard et Gueyraud (2017) où les enseignantes d'un collège québécois ($n = 10$) faisaient état de facteurs limitant l'encadrement pédagogique en stage des étudiantes en soins infirmiers. Notamment, il était question du contexte de soins, des milieux de stage plus complexes et du trop grand nombre d'étudiants par groupe de stage (Blanchette et al., 2017). En ce sens, le préceptorat a été mentionné par quelques-unes des participantes de la présente étude comme une alternative intéressante pour les finissantes du DEC. Selon elles, le modèle de supervision en groupe aurait des retombées positives en début de programme. Cependant, l'opportunité d'être jumelées en préceptorat en fin de parcours académique permettrait de voir la réalité du rôle de l'infirmière, de prendre en charge un nombre plus élevé de patients amenant une charge de travail plus près de la réalité ainsi que la prise en charge de patients ayant un niveau de complexité plus élevé. Ces résultats concordent avec les

bénéfices mentionnés dans quelques études sur le préceptorat (Amimaruddin & RuditaIdris, 2022; Atakro et al., 2019; Rosli, Choo, & Idris, 2022).

Par ailleurs, il est intéressant d'observer que malgré une exposition clinique limitée sur certaines responsabilités professionnelles, l'importance de l'apprentissage expérientiel (simulations, laboratoires, stages) a été nommée à maintes reprises par les participantes de notre étude comme ayant facilité leur entrée dans la profession en permettant une consolidation et l'intégration des apprentissages théoriques (pharmacologie, situations de soins chroniques, physiopathologie, interventions techniques et méthodes de soins). Ce résultat a également été soulevé dans les écrits de Lee et al. (2019) où les infirmières nouvellement diplômées mentionnaient qu'elles avaient majoritairement développé leurs compétences lors des stages, des activités en laboratoire et de la simulation clinique haute-fidélité. La communication avec la clientèle ainsi que le professionnalisme sont des exemples de compétences bien développées se rapportant à ce facteur facilitant et ces résultats obtenus dans le cadre de notre recherche concordent avec les écrits de Bemis (2018), Rusch et al. (2019), Song et McCreary (2020) et Xie et al., (2021). Ainsi, selon Tardif (2006), le déploiement d'une compétence ne peut être dissocié de son contexte et variera selon une situation donnée d'où l'importance d'augmenter et d'instaurer une immersion clinique rapide dès le début du programme. Ces résultats rejoignent les écrits de Dadgaran, Parvizy et Peyrovi (2012) qui suggèrent une approche pédagogique misant sur une formation pratique avancée, incluant des laboratoires, de la simulation clinique haute-fidélité et des stages en milieux cliniques. L'exemple de l'utilisation de la

simulation clinique fait consensus dans les écrits comme étant une approche pédagogique novatrice qui permet le développement d'activités cognitives plus complexes, telle que la pensée critique, tout en faisant un pont entre la théorie et la pratique (Coyne, Calleja, Forster, & Lin, 2021; Eun Ko & Hye Young, 2017; Tremblay, Leppink, Leclerc, Rethans, & Dolmans, 2019). À cet égard, les participantes de notre étude ont mentionné que l'ajout d'opportunité d'apprentissage réaliste (simulation, laboratoire et stages) devrait être pris en compte dans les programmes de formation infirmière rejoignant ainsi les résultats des écrits cités précédemment.

La capacité à se référer à ses collègues infirmières et à valider ses actions est sans nul doute une des compétences développées qui a été la plus soulevée par les participantes lors d'une situation clinique inconnue. Ce constat a également été rapporté dans chacune des trois composantes de la Mosaique de l'OIIQ (fonctionnelle, professionnelle et contextuelle). Ceci rejoint les propos d'Ortiz (2016), de Sterner et al. (2019) et de Zamanzadeh et al. (2015) où les participantes mentionnaient avoir besoin de soutien et de validation dans l'accomplissement de leurs activités professionnelles. Bien que ce résultat ait été soulevé en tant que compétence développée par les participantes dans chacune des composantes de la Mosaique, il semble important de s'interroger sur les besoins de formation sous-jacents. Après analyse, il s'avère intéressant de constater que ce besoin de faire valider ses actions ou de se référer à une collègue a été soulevé dans les thèmes connexes aux compétences insuffisamment développées, telles que : la coordination des soins; la capacité à intervenir dans des situations de soins critiques ou instables; la prise

de décision; la collaboration interdisciplinaire; l'organisation et la priorisation des soins. Les résultats de notre étude corroborent avec les écrits de Zamanzadeh et al. (2015), où les infirmières nouvellement diplômées ($n = 12$) ont mentionné avoir un grand manque de confiance en soi dans divers aspects de leur pratique professionnelle d'où la nécessité de se référer à leurs collègues infirmières. À cet égard, ceci supporte un besoin de formation supplémentaire pour soutenir le développement des compétences lors de la formation collégiale.

Il importe de soulever qu'aucune participante n'a mentionné se référer ou utiliser les écrits scientifiques dans le cadre de sa pratique et qu'une seule participante a rapporté qu'il serait pertinent « d'apprendre à apprendre » lors de la formation collégiale. Il est intéressant de faire le parallèle avec l'étude de Bemis (2018) où les gestionnaires interrogées ($n = 36$) ont mentionné que les nouvelles infirmières ne connaissaient pas les ressources à leur disposition et ne savaient pas comment les utiliser. À cet égard, il paraît important de rappeler que les compétences en recherche sont couvertes dans le cursus de formation universitaire en sciences infirmières au Québec. Il en convient ainsi que les participantes de notre étude, ayant diplômé d'un DEC en soins infirmiers, n'ont pas été exposé à ces notions en recherche. Ceci pourrait expliquer le fait que cette compétence n'a pas été soulevée par les participantes lors des entrevues.

Les participantes interrogées ont indiqué avoir une surcharge du contenu théorique à apprendre et une formation principalement axée sur des interventions plus techniques et

des activités procédurales au détriment du développement du raisonnement clinique et d'une vision holistique d'un épisode de soins. Conséquemment, elles ont partagé leur expérience comme étudiantes où l'apprentissage par mémorisation prédominait sur l'apprentissage par la compréhension. En ce sens, lors des entrevues, les participantes ont mentionné que dès leur entrée sur le marché du travail, elles avaient oublié plusieurs notions théoriques significatives apprises lors de la formation. Ces constats corroborent avec les écrits de Zamanzadeh et al. (2015) qui mentionnent qu'il est difficile pour les nouvelles infirmières d'appliquer les notions théoriques relativement à une mauvaise consolidation de celles-ci durant la formation. Il appert également que les stratégies pédagogiques traditionnelles prônent principalement le transfert d'information et l'accumulation des connaissances où l'étudiant est un récepteur passif d'information (Tardif, 2006). Contrairement à une pédagogie plus active qui est centrée sur l'apprenant et sur le développement de ses propres compétences professionnelles grâce à l'expérimentation ainsi que la réflexion sur les actions posées (Benner, Tanner, & Chesla, 2010; Lasnier, 2014; LeBortef, 2004, 2007; Rey, 2009; Tardif, 2006). En effet, dans ce paradigme de l'apprentissage, l'apprenant est actif et responsable de ses connaissances, et les stratégies d'apprentissages visent à créer des relations entre les savoirs et le processus, soit le pourquoi et le comment (Charette et al., 2019b; Lavoie, Deschênes, Richard, Pepin, Tanner, & Lasater, 2021; Tardif, 2006). Les participantes de notre étude ont mentionné vouloir comprendre le « pourquoi » de leurs actions plutôt que d'apprendre par cœur les notions théoriques rejoignant ainsi les propos des écrits précédemment cités. À cet effet,

faire de la métacognition à voix haute⁵, poser des questions, faire une carte conceptuelle et l'apprentissage par problèmes sont tous des exemples de stratégies faisant partie du paradigme de l'apprentissage pouvant permettre une meilleure intégration des compétences professionnelles, telle que le raisonnement clinique (Charette et al., 2019b; Gonzalez, Nielsen, & Lasater, 2021; Lavoie et al., 2021). Ceci fait référence à l'un des thèmes ressortis dans cette étude, soit l'intégration des connaissances et des compétences.

Le dernier résultat en lien avec cette composante se rapporte à l'encadrement pédagogique. En effet, plus de la moitié des participantes interviewées dans notre étude ont rapporté avoir eu un stress énorme en lien avec leur performance académique puisqu'elles avaient peur de l'erreur lors des stages en milieu clinique. Conséquemment, elles étaient craintives à poser des questions à leur enseignante de peur de se faire remarquer puis d'être pénalisées par leur méconnaissance. À cet égard, les écrits indiquent que les stratégies éducatives à privilégier lors de la supervision de stage devraient plutôt être axées sur le développement des compétences, soit le processus et non le résultat (Charette et al., 2019b; Lavoie et al., 2021; Léonard, 2005; Villeneuve, 1994). Pour ce faire, la pratique réflexive pourrait être mise de l'avant comme méthode d'encadrement pédagogique afin de conscientiser l'apprenant sur les actions posées (processus) (Benner et al., 2010; Charette et al., 2019b; Lasnier, 2014; Lavoie et al., 2021; Schön, 1994; Villeuneuve, 1994; Rousseau, 2005). Cependant, le peu de rétroaction positive et constructive à l'égard de leur développement en stage a été soulevé comme facteur

⁵ Selon Lasnier (2014), c'est l'action d'explicitier le processus de réflexion pendant l'action.

limitant par les participantes de cette étude. Le résultat de notre étude rejoint de près les résultats de l'étude de Blanchette et al. (2017) et de Desrosiers (2009), où les enseignantes en soins infirmiers mentionnaient avoir une charge de travail trop élevée pour utiliser des techniques de rétroaction plus avancée ainsi qu'un manque de connaissance sur ce type d'accompagnement pédagogique. Avec les courants de pensée en pédagogie, tel que le paradigme de l'apprentissage, l'encadrement offert par les enseignants prend la forme d'interventions structurées autour de la rétroaction (Blanchette et al., 2017; Sterner et al., 2019). La rétroaction consiste « au retour d'information que reçoit une personne à la suite de ses actions, de ses attitudes, de ses comportements ou de sa performance afin de lui permettre de se réajuster » (Villeneuve, 1994, p. 100). L'enseignant utilise la rétroaction afin d'accompagner l'étudiante dans son propre développement pour trouver des pistes de solution, pour maintenir ses acquis ou pour le développement de la compétence évaluée (Blanchette et al., 2017; Léonard, 2005; Roy, 2008; Sterner et al., 2019). L'utilisation de ce type de question réflexive favorise des apprentissages significatifs pour l'apprenant en dédramatisant les erreurs et en les utilisant à des fins de formation. Ces méthodes permettent également de diminuer la peur de l'échec et l'anxiété de performance qui ont été soulevées à plusieurs reprises dans cette étude. Dans un même ordre d'idée, l'erreur doit être acceptée et normalisée puisqu'elle constitue une partie essentielle de l'apprentissage (Léonard, 2005; Roy, 2008).

Composante professionnelle

En lien avec la composante professionnelle, les thèmes principaux se rapportant au niveau de compétence développée sont l'autonomie décisionnelle, la coordination des soins et le leadership (objectif 1). Par ailleurs, un seul thème a émergé en lien avec l'objectif 2 et se rapporte à l'apprentissage des responsabilités professionnelles dans la coordination des soins et la collaboration interdisciplinaire.

Une exposition limitée quant à plusieurs rôles et responsabilités professionnelles ressort des propos des participantes, tels que la collaboration interdisciplinaire (travail en dyade, le travail d'équipe et la communication avec les médecins), les activités clinico-administratives, la délégation et l'assignation de tâches, le leadership et la coordination des soins. Ce résultat obtenu dans le cadre de notre étude corrobore avec de nombreuses études et le manque de pratique réaliste sur les rôles à accomplir lors de la formation pourrait expliquer les compétences mentionnées ci-dessus insuffisamment développées (Bemis, 2018; Charette et al., 2019a; Gardulf et al., 2016; Hawkins et al., 2019; Numminen et al., 2014; Song & McCreary, 2020; Widarsson et al., 2020). Selon les résultats de notre étude, il appert que le peu de pratique réaliste à l'égard de ces rôles essentiels (collaboration interdisciplinaire, leadership, coordination des soins) durant la formation collégiale prédispose la nouvelle infirmière à des difficultés dans l'accomplissement de ses activités professionnelles rejoignant ainsi la problématique à l'étude et les résultats des deux objectifs de l'étude. Ceci prédispose les nouvelles infirmières de notre étude à des difficultés dans la prise décision dans des situations

complexes, dans la délégation des activités de soins, le travail d'équipe et le leadership. À cet effet, la majorité des participantes ont mentionné que la continuité des soins est effectuée par l'infirmière responsable et non par l'étudiante accompagnée de son enseignante. Conséquemment, une méconnaissance de la trajectoire de soins et une incompréhension quant au rôle à accomplir dans la continuité des soins a été une difficulté soulevée par les participantes et correspond aux écrits de Missen et al. (2016b), Rusch et al. (2019), Charette et al. (2019a) et Widarsson et al. (2020). De plus, des difficultés ont été notées dans la collaboration interdisciplinaire notamment sur le travail en dyade avec les infirmières auxiliaires. Ceci serait expliqué par le peu d'expositions cliniques réalistes sur des rôles infirmiers plus avancés, tels que le leadership ou la collaboration interdisciplinaire.

Composante contextuelle

Dans cette dernière composante, les interventions cliniques adaptées au contexte de soins et la détection précoce et l'intervention rapide en cas de détérioration de l'état de santé sont les deux thèmes principaux se rapportant à l'objectif 1. Tandis qu'en lien avec l'objectif 2, un seul thème prédominait et se rapportait à l'apprentissage du rôle professionnel dans la prise en charge des patients en stage.

La composante contextuelle réfère à la capacité de l'infirmière à intervenir dans diverses situations cliniques tout en tenant compte du contexte et des variations possibles (Leprohon et al., 2009). À cet égard, une des facilités rapportées par les participantes

correspond à la capacité à recueillir l'information et à faire des évaluations physiques complètes (tête-pieds) (Aydogan & Ulupinar, 2020; Bemis, 2018; Hyun et al., 2020; Missen et al., 2015, 2016b). Cette facilité relève d'un automatisme appris et d'un savoir dit procédural. Cependant, les participantes de notre étude avaient de la difficulté à contextualiser les évaluations physiques à faire selon la situation clinique spécifique du patient et de « comprendre » le pourquoi de leurs actions. Ceci concorde avec les écrits de Missen et al. (2016a) où seulement 14% des nouvelles infirmières ($n = 245$) ont mentionné être capables de réaliser des évaluations ciblées. La mise en relation des éléments d'évaluation afin d'élaborer un constat dans une situation clinique et ainsi, d'intervenir en conséquence était mentionnée par les participantes comme beaucoup plus laborieuse. Ces résultats rejoignent ceux de nombreuses études qui mentionnent que les difficultés de mise en relation des données recueillies limitent la compréhension d'une situation de santé (Aydogan & Ulupinar, 2020; Lee et al., 2019; Lima et al., 2015; Kavanagh & Szveda, 2017; Missen et al., 2016b; Song & McCreary, 2020; Sterner et al., 2019; Xie et al., 2021). Dans la présente étude, il a été soulevé à maintes reprises que le jugement clinique est une compétence essentielle de l'infirmière, mais la plus difficile à acquérir (Widarsson et al., 2020). De plus, le jugement clinique est une finalité dans le processus décisionnel de l'infirmière. Celle-ci devra utiliser sa pensée critique puis son raisonnement clinique avant de poser un jugement clinique sur une situation donnée (Gonzalez et al., 2021; Lavoie et al., 2021). À cet égard, les pratiques pédagogiques axées sur le développement de cette compétence doivent prioriser le processus (raisonnement clinique) plutôt que le résultat (jugement clinique) (Charette et al., 2019b; Lavoie et al., 2021). Les propos des

participantes de notre étude discutés précédemment dans la composante fonctionnelle où elles mentionnaient avoir besoin d'apprendre par la compréhension et non par la mémorisation rejoignent ainsi les résultats de l'étude de Charette et al. (2019) et Lavoie et al. (2021). En ce sens, l'une des compétences insuffisamment développées étant associées à ce résultat est la capacité à détecter précocement une détérioration de l'état de santé d'une personne. Ce résultat corrobore avec les écrits de Missen et al. (2016a), Kavanagh et Szweda (2017) et Sterner et al. (2019). Cependant et contrairement à notre étude, ces auteurs ne discutent pas des facteurs explicatifs en lien avec cette difficulté. Dans la présente étude, il appert que l'un des facteurs limitants rapportés par l'ensemble des participantes est le fait qu'il n'y a aucune notion théorique ni même aucune pratique en soins critiques, instables ou aigus. Les participantes de notre étude soutiennent qu'il s'avère donc difficile de reconnaître une détérioration d'un état clinique si elles n'ont pas été en mesure de développer les compétences nécessaires lors de sa formation. Au Québec, les notions en soins critiques et instables font partie du cursus universitaire et ne sont donc pas couvertes lors du parcours collégial (MELS, 2008). Par ailleurs, la capacité à agir dans un contexte de soins stable a été une compétence bien acquise par la majorité des participantes. L'exemple de la capacité à appliquer des interventions techniques qui a été relevé lors des entrevues est cohérent avec les résultats de l'étude de Missen et al. (2016b) et celle d'Aydogan et Ulupinar (2020) où les nouvelles infirmières ($n = 429$) de cette dernière étude se trouvaient compétentes dans la prise des signes vitaux (92.2%), l'administration de l'oxygénothérapie (87.8%), faire une anamnèse/histoire médicale (87.6%) ainsi que surveiller et prendre des glycémies (87.4%).

Prenant appui sur les trois composantes de la Mosaïque des compétences (Leprohon et al., 2009), les résultats obtenus permettent de faire état des compétences développées et insuffisamment développées au terme de la formation collégiale. À bien des égards, les résultats de la présente étude soutiennent que la formation collégiale est adéquate, cependant, il appert qu'elle demeure insuffisante pour répondre aux nouvelles réalités de soins au seuil d'entrée à la profession. Ce résultat issu des analyses de données rejoint ceux de plusieurs études internationales recensées, dont celle d'Ulupinar et Aygodan (2021) où 53.3% des nouvelles infirmières ($n = 428$) ont mentionné que leur formation pratique dans les milieux cliniques était insuffisante pour les préparer à la réalité du rôle à accomplir. À titre indicatif, rappelons que le cheminement universitaire québécois couvre l'ensemble des compétences en soins critiques, en recherche, en santé communautaire, en gestion des soins de santé et en enseignement (MELS, 2008). À cet effet, il n'est pas étonnant de constater les difficultés vécues par les infirmières débutantes ayant participé à notre étude puisque les compétences sous-jacentes relèvent majoritairement du curriculum universitaire et non du programme collégial actuel. Ainsi, les difficultés adressées par les participantes dans l'accomplissement de leurs activités professionnelles démontrent que certaines compétences, telles que la collaboration interdisciplinaire, la coordination des soins, le leadership ou même la gestion d'une situation instable ou critique sont insuffisamment développés au terme du parcours collégial. Les résultats obtenus de la présente recherche concordent avec la recension des écrits préalablement réalisée, où les mêmes compétences avaient été rapportées comme

étant peu développées après la formation initiale (tout niveau de formation confondue) (Djukic et al., 2019; Hyun et al., 2020; Loversidge et al., 2018; Lee et al., 2019; Song & McCreary, 2020; Ulupinar & Aydogan, 2021). Le niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles des infirmières débutantes a également pu être expliqué par divers facteurs provenant de la formation collégiale tels que le fonctionnement en stage et l'encadrement pédagogique.

Il paraît également important de mettre de l'avant des résultats secondaires qui ont émergé de la collecte de données malgré le fait que ceux-ci ne soient pas en lien direct avec les objectifs spécifiques de l'étude. À cet égard, le ressenti des participantes de cette étude, notamment sur leurs difficultés dans l'accomplissement de leurs activités professionnelles, sera discuté puisque ces résultats rejoignent de très près les impacts psychologiques et émotionnels associés à la problématique à l'étude. Rappelons que dans la recension des écrits présentée en début de mémoire, il a été constaté que les difficultés dans la réalisation des activités professionnelles de la relève infirmière prédisposent à des impacts psychologiques, émotionnels ainsi qu'à des difficultés d'appropriation de rôle et ces constats concordent avec les résultats de notre étude (Duchscher, 2008; Wakefield, 2018; Walker et al., 2017; Zamanzadeh et al., 2015). Le sentiment d'incompétence, le stress, l'anxiété, le désir d'abandonner la profession ou même la peur de faire des erreurs ou de porter préjudice aux patients ont été des émotions vécues par la majorité des participantes de cette étude. Ce résultat supporte l'hypothèse d'une préparation inadéquate lors de la formation reçue pour accomplir ses activités professionnelles en début de

pratique. Par souci de répondre à une préoccupation concernant l'impact de ces compétences insuffisamment développées lors de la formation collégiale sur la santé psychologique des infirmières lors de l'intégration dans les milieux ainsi que la qualité et la sécurité des soins, des recommandations sont proposées.

Recommandations dans les cinq champs de la pratique infirmière

La formation

Dans un premier temps, puisque le programme collégial en soins infirmiers fait actuellement l'objet de travaux de modernisation, il serait pertinent de tenir compte des limites, mais aussi de miser sur les forces de cette formation qui ont été soulevées dans cette recherche lors de l'analyse du cursus (MÉES, 2021). Il paraît donc important de faire connaître ces résultats en informant les différents partenaires dans les établissements d'enseignement et dans les milieux de soins, des difficultés et facilités vécues par les infirmières débutantes suite à la formation collégiale reçue. Il pourrait être suggéré, d'une part, d'ajouter des opportunités d'apprentissage plus réalistes (travailler en dyade, coordonner un épisode de soins, prendre en charge des patients instables, etc.) puisque l'apprentissage expérientiel a été soulevé comme une force de la formation collégiale. D'autre part, divers constats ont été mis de l'avant concernant les stratégies pédagogiques utilisées durant la formation collégiale. En regard des propos des participantes sur le développement du jugement clinique, il serait recommandé d'utiliser des pratiques pédagogiques axées sur le paradigme de l'apprentissage qui préconise une approche par compétence. Cette approche rallie des stratégies d'apprentissage, telles que l'approche par

problème, la schématisation ou la métacognition et pourrait être utilisée lors d'une mise à jour du programme de formation (Charette et al., 2019b; Tardif, 2006). Un changement sur les méthodes d'évaluation des compétences serait également souhaité afin de faire prévaloir la rétroaction (approche réflexive) lors de l'encadrement pédagogique en stage en utilisant l'erreur au profit de l'apprentissage (Blanchette et al., 2017; Lasnier, 2014; Lavoie et al., 2021; Villeuneuve, 1994; Rousseau, 2005). Plusieurs enjeux peuvent cependant être mis de l'avant dont le niveau de formation requis en pédagogie chez les enseignantes en soins infirmiers, ainsi que la surcharge de travail de celles-ci par un trop grand nombre d'étudiants à encadrer en stage (Blanchette et al., 2017; Desrochers, 2009; Roy, 2008). Sur le même sujet, le mode de supervision en stage a été relevé comme un facteur limitant en fin de parcours académique. L'ajout de préceptorat en dernière année du programme de formation collégial pourrait être une avenue intéressante afin de venir combler la problématique soulevée par les participantes sur le manque de représentativité clinique durant les stages (Amimaruddin & RuditaIdris, 2022; Atakro et al., 2019; Rosli et al., 2022).

Il s'avère intéressant de constater que le facteur limitant rapporté par l'ensemble des participantes de cette étude était la non-représentativité de la réalité clinique lors de la formation collégiale. D'ailleurs, le facteur qui a le plus facilité l'appropriation des activités professionnelles de la nouvelle infirmière était l'apprentissage expérientiel (stage, simulation, laboratoire). Ainsi, il est recommandé d'augmenter les opportunités, pour les étudiantes, de travailler à titre de préposées aux bénéficiaires, externes, et CEPI avant

l'obtention de leur permis d'exercice. Cette recommandation rejoint également les écrits de Benner (1995) et Benner et al. (2010), où l'importance de l'apprentissage expérientiel par une immersion clinique précoce dans le cheminement académique devrait être tenue en compte.

La clinique

Pour une première fois au Québec, cette étude met en évidence la perception des infirmières débutantes sur le niveau d'adéquation entre la formation collégiale reçue, les compétences développées et les exigences attendues au seuil d'entrée à la profession. En ce sens, la construction des connaissances autour de ses résultats a permis de faire ressortir un écart entre les compétences développées au terme de la formation collégiale et les exigences au seuil d'entrée à la profession. Ainsi, la diffusion des résultats de cette étude permet d'exposer différents enjeux tout en apportant une prise de conscience chez les infirmières débutantes quant à leur propre niveau de compétences en fin de formation. En surcroit, cela permet également une sensibilisation quant à l'importance de la formation continue dans leur pratique professionnelle.

La gestion

Les résultats de notre étude mettent en évidence l'importance du travail en collaboration entre les gestionnaires infirmières oeuvrant dans les milieux cliniques, les établissements d'enseignement et l'OIIQ dans l'élaboration ou la mise à jour d'un référentiel de compétences. En effet, après la diplomation, l'expertise professionnelle de

l'infirmière débutante ne cesse de se développer. Les établissements de santé et d'enseignement deviennent donc deux instances interdépendantes dans ce continuum d'où l'importance d'arrimer les exigences au seuil d'entrée à la profession et les attentes des milieux au terme de la formation (Pepin et al., 2017). Les résultats de notre étude soutiennent une divergence entre la formation académique et la réalité vécue dans les milieux cliniques. De plus, les écrits scientifiques soutiennent l'importance d'une adéquation entre les compétences attendues de l'infirmière débutante par les milieux de soins et celles développées à la fin d'un programme de formation (Charette et al., 2019a; Hyun et al., 2020; Rusch et al., 2019; Widarsson et al., 2020). En ce sens, la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (Leprohon et al., 2009), agit à titre de repère pour évaluer cette adéquation puisqu'elle constitue le référentiel de compétences au seuil d'entrée à la profession. Comme elle date de 2009 et que la présente étude a mis en évidence que les infirmières nouvellement diplômées au terme d'un programme collégial n'affichent pas un profil témoignant de l'ensemble des compétences attendues, il est recommandé d'en faire une mise à jour et ce, grâce à un partenariat entre les gestionnaires des établissements de santé, l'OIIQ et les milieux d'enseignement. Les référentiels de compétences constituent d'importantes ressources afin de conceptualiser et d'établir le niveau des compétences attendues de la relève infirmière au seuil d'entrée à la profession et ce partenariat pourrait offrir une meilleure adéquation entre la formation collégiale et les exigences au seuil d'entrée à la profession (Charette et al., 2019b; Hyun et al., 2020; Numminen et al., 2014; Missen et al., 2016b; Widarsson et al., 2020).

En ajout, les résultats de notre étude pourraient également permettre une révision des programmes d'orientation offerts par les milieux cliniques suite à la diplomation des infirmières, en collaboration avec les équipes de gestion en soins infirmiers en milieu hospitalier. En effet, en connaissant les compétences lacunaires en fin de formation, il peut être intéressant pour les milieux cliniques de s'inspirer des résultats de cette étude pour compléter ou consolider les compétences nécessitant un besoin de formation continue supplémentaire par des ateliers pratiques ou théoriques lors de l'embauche. Ceci pourrait également avoir un impact sur le niveau de rétention de la relève infirmière en début de pratique (Ulupinar & Aydogan, 2021).

La politique

Plusieurs enjeux sociopolitiques entourent la formation des infirmières au Québec depuis plusieurs décennies, notamment sur les voies d'accès à la profession. À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de cette étude, il est possible de nous positionner sur ces enjeux en mentionnant que la formation collégiale actuelle comporte plusieurs retombées positives. Cependant elle demeure insuffisante pour répondre aux exigences attendues dans les milieux cliniques. Les résultats pourraient donc être pris en compte lors des travaux pour influencer politiquement la modernisation des programmes de formation en sciences infirmières (MÉES, 2021). Ceux-ci pourraient également être mis à contribution lors des discussions sur le rehaussement de la formation initiale des infirmières au Québec (Ducharme & Salois, 2021; OIIQ, 2022b).

La recherche

Étant un projet de recherche dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières, le temps nous a limités à un choix de population spécifique à la formation collégiale québécoise. Ainsi, ayant deux voies d'entrée à la profession infirmière au Québec, il pourrait être intéressant de reproduire cette recherche avec une population d'infirmière débutante ayant diplômé du baccalauréat en sciences infirmières : formation initiale. Une étude quantitative de type comparative de ces futurs résultats et de ceux découlant de notre propre étude permettrait l'avancement des connaissances empiriques sur les retombées de ces deux voies de formation dans le développement des compétences des infirmières débutantes québécoises et d'émettre des recommandations plus spécifiques. Une recension des écrits en lien avec les impacts structurels du modèle de supervision de groupe de stage sur le développement des compétences des étudiantes infirmières pourrait faire l'objet de futures recherches (mixtes, quantitatives et qualitatives) afin de faire émerger de nouvelles données scientifiques sur le sujet. Notamment, une analyse comparative de ce modèle de supervision avec l'utilisation du préceptorat en fin de programme de formation sur le développement des compétences de la future infirmière pourrait être une avenue de recherche intéressante.

Forces et limites de l'étude

Forces

La première force de la présente étude réside dans la pertinence du sujet de recherche au niveau sociopolitique. Comme présenté précédemment, divers enjeux

entourent la formation infirmière au Québec, dont les deux voies d'accès à la profession. Les retombées de cette étude pourront ainsi être mises à contribution dans de futurs débats politiques et dans les travaux de modernisation des programmes collégiaux. La deuxième force est dans l'utilisation d'un cadre de référence innovateur qui représente les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession infirmière. Malgré que celui-ci date de 2009, il est le seul référentiel de compétence utilisé notamment pour l'élaboration de l'examen d'entrée à la profession. Ce cadre de référence semblait donc le meilleur outil disponible pour répondre au but et aux objectifs de cette recherche. Bien que cette étude ait été réalisée dans un contexte de formation spécifique au Québec, les résultats, ainsi que les recommandations pourront être applicables à l'international notamment sur le niveau des compétences attendues au seuil d'entrée à la profession infirmière ainsi que sur le niveau d'acquisition des activités professionnelles de l'infirmière débutante. De plus, les résultats concernant les approches pédagogiques, les stratégies d'enseignement et les méthodes de supervision de stages pourront également être transférables.

Limites

En ce qui a trait aux limites de l'étude, étant un projet de maîtrise, le temps nous a limités à un choix de population spécifique. Étant un projet répondant à des besoins et des enjeux sociopolitiques, il aurait été intéressant de faire valoir la perception des infirmières ayant diplômé d'un baccalauréat. Ceci aurait permis une meilleure représentativité de la perception des nouvelles infirmières provenant des deux voies d'accès à la profession. Une seconde limite est l'utilisation d'un devis de recherche

qualitatif rétrospectif. À cet effet, la perception des participantes aurait pu être teintée par les années d'expérience ou même par des oublis. Cependant, lors des entrevues, nous avons bien mentionné, et ce, pour chaque question posée, de se référer à leur expérience lors de leur entrée en fonction dans la profession.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence le niveau d'acquisition des compétences nécessaires à l'accomplissement des activités professionnelles de l'infirmière débutante issue d'une formation collégiale. En effet, les participantes se sont prononcées sur le niveau d'appropriation de leurs activités professionnelles en lien avec des facteurs facilitants et limitants à la suite de la formation collégiale reçue. Ainsi, l'infirmière débutante est rapidement exposée à des situations cliniques auxquelles elle n'a pas été initiée durant sa formation et mentionne, de ce fait, vivre de l'anxiété, perdre confiance en elle, avoir des difficultés à accomplir son rôle professionnel, avoir peur de commettre des erreurs ou même, penser quitter la profession. En ce sens, il faut s'assurer que la relève infirmière soit bien préparée à exercer avec compétence et de façon sécuritaire dès son entrée dans la profession. Les recommandations qui ont été proposées visent donc à améliorer les compétences cliniques minimales de la relève infirmière en début de pratique par une meilleure appropriation des compétences nécessaires à la réalisation de ses activités professionnelles pour ainsi assurer la qualité et la sécurité des soins. Ces résultats fournissent des pistes de réflexion futures notamment sur le niveau de préparation des infirmières débutantes, mais également sur les stratégies d'apprentissages utilisées, le fonctionnement en stage et l'encadrement pédagogique ainsi que sur les programmes de formation initiaux permettant l'accès à la profession infirmière.

Références

- Amimaruddin, D. K. S. N. M., & RuditaIdris, D. (2022). Exploring Student Nurses' Learning Experience in the Clinical Setting: A Literature Review. *International Journal of Nursing Education*, 14(1), 31–37.
- Atakro, C. A., Armah, E., Menlah, A., Garti, I., Addo, S. B., Adatara, P., & Boni, G. S. (2019). Clinical placement experiences by undergraduate nursing students in selected teaching hospitals in Ghana. *BMC Nursing*, 18(1), N.PAG. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1186/s12912-018-0325-8>
- Aydogan, Y., & Ulupinar, S. (2020). Determining the learning needs of new graduated nurse working in inpatient care institutions. *Nurse Education Today*, 92, N.PAG. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.nedt.2020.104510>
- Bemis, C. (2018). Evaluation of Newly Licensed RNs to Determine Success of Nursing Program: A Partnership Between Practice and Education. *Nurse Educator*, 43(5), 227–229. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1097/NNE.0000000000000479>
- Benner P. (1995). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley publishing compagny, inc.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2010). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. (2e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company
- Blanchet Garneau, A., Lavoie, P., & Grondin, M. (2017). Dichotomy and dialogue in conceptualizations of competency in health professionals' education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), 18-26. <http://doi.org/10.5430/jnep.v7n6p18>
- Blanchette, P., Chouinard, M., & Gueyaud, J. (2017). Les pratiques évaluatives d'enseignants en soins infirmiers lors des stages : une étude descriptive qualitative. *Recherche en soins infirmiers*, 129, 60-72. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0060>
- Charette, M., Goudreau, J., & Alderson, M. (2014). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en Soins Infirmiers*, 116(1), 28–39. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/rsi.116.0028>
- Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2019a). How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. *Nurse Education Today*, 79, 161–167. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.nedt.2019.05.031>

- Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2019b). Un modèle de développement et de déploiement de compétences pour les enseignants et les formateurs cliniques en sciences infirmières. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées En Formation Infirmière*, 5(2), 1–32. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.17483/2368-6669.1188>
- Comité jeunesse de l'OIIQ (2021). La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés. Repéré à : [La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés : avis \(oiiq.org\)](https://www.oiiq.org/fr/la-preparation-des-infirmieres-et-infirmiers-nouvellement-diplomes)
- Coyne, E., Calleja, P., Forster, E., & Lin, F. (2021). A review of virtual simulation for assessing healthcare students' clinical competency. *Nurse Education Today*, 96, N.PAG. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.nedt.2020.104623>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Dadgaran, I., Parvizy, S., & Peyrovi, H. (2012). Nursing students' views of sociocultural factors in clinical learning: a qualitative content analysis. *Jpn J Nurs Sci Jun*;10(1),1-9.
- Desrosiers F. (2009). Étude des pratiques de supervision de stage dans un programme par compétences en soins infirmiers au collégial. [Essai de maîtrise en enseignement au collégial]. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Repéré à : [Étude des pratiques de supervision de stage dans un ... · En fait, des difficultés ont été constatées lors de la supervision de stage dans les milieux de soins par les enseignantes - \[PDF Document\] \(vdocuments.mx\)](https://vdocuments.mx/etude-des-pratiques-de-supervision-de-stage-dans-un-...-en-fait-des-difficultes-ont-ete-constatees-lors-de-la-supervision-de-stage-dans-les-milieus-de-soins-par-les-enseignantes)
- Dharmarajan, K., Strait, K. M., Tinetti, M. E., Lagu, T., Lindenauer, P. K., Lynn, J., ... Krumholz, H. M. (2016). Treatment for multiple acute cardiopulmonary conditions in older adults hospitalized with pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, or heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64,1574–1582. <https://doi.org/10.1111/jgs.14303>
- Djukic, M., Stimpfel, A. W., & Kovner, C. (2019). Bachelor's Degree Nurse Graduates Report Better Quality and Safety Educational Preparedness than Associate Degree Graduates. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 45(3), 180–186. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.jcjq.2018.08.008>
- Ducharme, D., & Salois, R. (2021). *Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec : Un changement porteur d'avenir*. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021.

- Duchscher JB. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450. <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00220124-20081001-03>
- Eun Ko, & Hye Young Kim. (2017). Effects of Simulation-based Education Combined Team-based Learning on Self-directed Learning, Communication Skills, Nursing Performance Confidence and Team Efficacy in Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 24(1), 39–50. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.7739/jkafn.2017.24.1.39>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal, QC : Chenelière éducation.
- Gardulf, A., Nilsson, J., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Carlsson, M., & Johansson, E. (2016). The Nurse Professional Competence (NPC) Scale: Self-reported competence among nursing students on the point of graduation. *Nurse Education Today*, 36, 165–171. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.nedt.2015.09.013>
- Garside, J. R., & Nhemachena, J. Z. Z. (2013). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), 541–545
- Gonzalez, L., Nielsen, A., & Lasater, K. (2021). Developing Students' Clinical Reasoning Skills: A Faculty Guide. *Journal of Nursing Education*, 60(9), 485–493. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3928/01484834-20210708-01>
- Hawkins, N., Jeong, S., & Smith, T. (2019). Coming ready or not! An integrative review examining new graduate nurses' transition in acute care. *International Journal of Nursing Practice*(John Wiley & Sons, Inc.), 25(3), N.PAG. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/ijn.12714>
- Hyun, A., Tower, M., & Turner, C. (2020). Exploration of the expected and achieved competency levels of new graduate nurses. *Journal of Nursing Management* (John Wiley & Sons, Inc.), 28(6), 1418–1431. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/jonm.13105>
- Lasnier, F. (2014). *Les compétences, de l'apprentissage à l'évaluation*. Guérin: Montréal.
- Kavanagh, J. M., & Szweda, C. (2017). A Crisis in Competency: The Strategic and Ethical Imperative to Assessing New Graduate Nurses' Clinical Reasoning. *Nursing Education Perspectives* (Wolters Kluwer Health), 38(2), 57–62. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1097/01.NEP.0000000000000112>

- Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., Pepin, J. I., Tanner, C. A., & Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées En Formation Infirmière*, 7(2), 1–16. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.17483/2368-6669.1272>
- LeBoterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives: la compétence n'est plus ce qu'elle était*. Paris : Les Éditions d'Organisation.
- LeBoterf, G. (2007). *Compétences et navigation professionnelles*. Paris : Éditions d'organisation.
- Lee, S. H., Kim, J.-H., Jung, D., & Kang, S. J. (2019). Educational needs for new graduate nurses in Korea. *Nurse Education in Practice*, 34, 167–172.
- Léonard, S. (2005). *Étude sur le degré d'habileté des jeunes enseignantes en soins infirmiers dans la gestion pédagogique du raisonnement clinique des élèves. Essai*. Sherbrooke : Faculté d'éducation, Université Sherbrooke
- Leprohon, J., Lessard, L-M., Lévesque-Barbès, H., & Bellavance, M. (2009). *Mosaïques des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*. 2^e éd. Montréal.
- Lima, S., Newall, F., Jordan, H. L., Hamilton, B., & Kinney, S. (2016). Development of competence in the first year of graduate nursing practice: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 72(4), 878–888. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/jan.12874>
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage publications.
- Loosli, C. (2016). Analyse du concept « approche par compétences ». *Recherche En Soins Infirmiers*, 124(1), 39–52. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3917/rsi.124.0039>
- Loversidge, J., Yen, P.-Y., Chipps, E., Gallagher-Ford, L., Genter, L., & Buck, J.(2018).Top-of-License Nursing Practice, Part 2: Differentiating BSN and ADN Perceptions of Top-of-License Activities. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 329–334. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1097/NNA.0000000000000623>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.

- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur [MÉES] (2000). *Projet de formation infirmière intégrée : rapport du Comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation infirmière intégrée*. Repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs42157>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS] (2008). *Programme d'étude technique 180.AO: Soins infirmiers*. Québec.
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2020). *La relance au collégial en formation technique, 2018*. Repéré à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/administration/librairies/document_s/Ministere/acces_info/Statistiques/Enquetes_Relance/Collegial/Relance_collegial_2018_FT.pdf
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2021). *Profession infirmière la ministre Danielle McCann lance la modernisation de la formation collégiale*. Québec. Repéré à : [Profession infirmière : la ministre Danielle McCann lance la modernisation de la formation collégiale \(newswire.ca\)](http://www.newswire.ca)
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2015). Work readiness of nursing graduates: current perspectives of graduate nurse program coordinators. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 51(1), 27–38. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1080/10376178.2015.1095054>
- Missen, K., McKenna, L., Beauchamp, A., & Larkins, J. (2016a). Qualified nurses' rate new nursing graduates as lacking skills in key clinical areas. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 25(15–16), 2134–2143.
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2016b). Registered nurses' perceptions of new nursing graduates' clinical competence: A systematic integrative review. *Nursing & Health Sciences*, 18(2), 143–153. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/nhs.12249>
- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris: Les Éditions ESF.
- Nabizadeh-Gharghozar, Z., Alavi, N. M., & Ajorpaz, N. M. (2021). Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Education Today*, 97, N.PAG. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.nedt.2020.104728>

- Numminen, O., Laine, T., Isoaho, H., Hupli, M., Leino-Kilpi, H., & Meretoja, R. (2014). Do educational outcomes correspond with the requirements of nursing practice: educators' and managers' assessments of novice nurses' professional competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 812–821. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/scs.12115>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1999). *Le plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Westmount, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée*, Westmount, OIIQ. Repéré à: [Recommandations sur les stages cliniques : dans la formation infirmière intégrée \(oiiq.org\)](#)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2022a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2021-2022*. Repéré à: [Rapport statistique 2021-2022-1.pdf \(oiiq.org\)](#)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2022b). *Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise*. Repéré à: [Une réponse à la hauteur des besoins de santé de la population québécoise : mémoire présenté à l'Office des professions du Québec pour réviser la norme d'entrée à la profession infirmière \(oiiq.org\)](#)
- Ortiz, J. (2016). New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurse Education in Practice*, 19, 19–24. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.nepr.2016.04.001>
- Pepin, J., Goudreau, J., Lavoie, P., Bélisle, M., Blanchet Garneau, A., Boyer, L., Larue, C., & Lechasseur, K. (2017). A nursing education research framework for transformative learning and interdependence of academia and practice. *Nurse Education Today*, 52, 50–52. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.nedt.2017.02.001>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

- Poumay, M., Tardif, J., & Georges, F. (2017). Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur: Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, 364 p. ISBN : 978-2-8073-0785-8. *Recherche & formation*, 88, 152-155. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.3233>
- Rey, B. (2009). « Compétence » et « compétence professionnelle ». *Recherche et formation*, 60, 103-116.
- Richards, L., & Morse, J. N. (2012). *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Rosli, N. A., Choo, T. Y., & Idris, D. R. (2022). Impact of Preceptorship Models for Undergraduate Nursing Students and Its Implementation: Systematic Review. *International Journal of Nursing Education*, 14(1), 111–118.
- Roy, M. (2008). *L'insertion professionnelle de l'infirmière experte comme enseignante novice en soins infirmiers au collégial : l'apport du mentorat*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke. Repéré à: <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/626>
- Ropé, E., & Tanguy, L. (dir.) (1994). *Savoirs et compétences : De l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise*. Paris : L'Harmattan.
- Rousseau, N. (2005). *Se former pour mieux superviser*. Montréal : Guérin.
- Rusch, L., Manz, J., Hercinger, M., Oertwich, A., & McCafferty, K. (2019). Nurse Preceptor Perceptions of Nursing Student Progress Toward Readiness for Practice. *Nurse Educator*, 44(1), 34–37. <https://doi.org.proxybiblio.uqo.ca/10.1097/NNE.0000000000000546>
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Smith, S. A. (2012). Nurse Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172–182. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x>
- Song, Y., & McCreary, L. L. (2020). New graduate nurses' self-assessed competencies: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 45, N.PAG.
- Sterner, A., Hagiwara, M. A., Ramstrand, N., & Palmér, L. (2019). Factors developing nursing students and novice nurses' ability to provide care in acute situations. *Nurse Education in Practice*, 35, 135–140.

- Sturmberg, J., & Lanham, H.J. (2014). Understanding health care delivery as a complex system. *J. Eval. Clin. Pract.* 20 (6), 1005e1009. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/jep.12142>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences - Documenter le parcours de formation*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Tremblay, M., Leppink, J., Leclerc, G., Rethans, J., & Dolmans, D. H. J. M. (2019). Simulation-based education for novices: complex learning tasks promote reflective practice. *Medical Education*, 53(4), 380–389. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/medu.13748>
- Ulupinar, S., & Aydogan, Y. (2021). New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year: A descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 00, 1-11. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/jonm.13296>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Eskandari, M., & Alizadeh, S. (2019). Professional Competence in Nursing: A Hybrid Concept Analysis. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 8(2), 1–8. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.5812/msnj.90580>
- Villeneuve, L. (1994). *L'encadrement du stage supervisé*. Edition Saint-Martin. Québec
- Wakefield, E. (2018). Is your graduate nurse suffering from transition shock? *Journal of Perioperative Nursing*, 31(1), 47–50. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.26550/311/47-50>
- Walker, A., Costa, B. M., Foster, A. M., & de Bruin, R. L. (2017). Transition and integration experiences of Australian graduate nurses: A qualitative systematic review. *Collegian*, 24(5), 505–512. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1016/j.colegn.2016.10.004>
- Widarsson, M., Asp, M., Letterstål, A., & Källestedt, M.-L. S. (2020). Newly Graduated Swedish Nurses' Inadequacy in Developing Professional Competence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(2), 65–74. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.3928/00220124-20200115-05>
- Willman, A., Bjuresäter, K., & Nilsson, J. (2020). Newly graduated nurses' clinical competencies and need for further training in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(13/14), 2209–2220. <https://proxybiblio.uqo.ca:2069/10.1111/jocn.15207>

Xie, J., Wang, L., Wang, S., Duan, Y., Wang, K., Zhong, Z., Yan, J., Ding, S., Li, L., & Cheng, A. S. K. (2021). What influences new graduate nurses' core competencies transformation to clinical in China? A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, *100*, N.PAG.

Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghanis, F. (2015). Lack of Preparation: Iranian Nurses' Experiences during Transition from College to Clinical Practice. *Journal of Professional Nursing*, *31*(4), 365–373. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.profnurs.2015.01.005>.

Appendice A

Affiche de recrutement

Participant(e)s recherché(e)s



Titre du projet d'étude :

Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

Responsable du projet : Kéanne Boily, inf., M.Sc (c), étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), St-Jérôme ;

Nous sommes présentement à la recherche d'infirmières intéressées à participer à une étude portant sur **l'adéquation de la formation collégiale reçue au Québec**. Plus précisément, vous êtes invitée à vous exprimer sur les difficultés et les facilités rencontrées comme infirmière débutante ; et à mettre en lien votre expérience vécue avec la formation collégiale reçue.

La participation à ce projet consiste à une entrevue individuelle (en visioconférence ou en personne) d'une durée approximative de 60 minutes qui aura lieu entre décembre 2021 et février 2022. Les résultats obtenus contribueront à identifier des recommandations pour la formation initiale au collégial en soins infirmiers.

Pour participer à cette étude, vous devez respecter les critères d'inclusion suivants :

- Avoir gradué d'un diplôme d'études collégiales au Québec;
- Avoir gradué en 2018 ou en 2019, soit avant la pandémie mondiale du COVID-19;
- Avoir travaillé ou travailler dans un milieu/unité de soins en lien avec la formation collégiale reçue (médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, santé mentale ou chronicité) lors de l'entrée en fonction;
- Peut avoir poursuivie aux études universitaires (DEC-BAC), sans toutefois occuper un poste d'infirmière clinicienne.

Si vous avez des questions ou êtes intéressée à participer à ce projet, veuillez contacter Kéanne Boily, responsable du projet :

- Par courriel : boik07@uqo.ca
- Par téléphone : [REDACTED]

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la recherche et espérons vous compter parmi nos participant(e)s !

*Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO en date du 2 novembre 2021.
Numéro du projet : 2022-1814*



Appendice B

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire de données sociodémographique

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

- 20-25 ans
- 25-30 ans
- 30-35 ans
- 35-40 ans
- 40-45 ans
- 45-50 ans
- 50-55 ans
- 55-60 ans

2. Identité de genre à laquelle vous vous identifiez :

- Homme
- Femme
- Autre/ne pas spécifier

4. Êtes-vous présentement aux études?

- Non
- Cheminement DEC-BAC
- Autre (spécifier le programme d'étude) _____

5. Quels sont le mois et l'année de l'obtention de votre diplôme d'études collégiales en soins infirmiers?

6. Dans quelle région administrative du Québec travaillez-vous?

7. Avez-vous fait un ou des externats pendant vos études collégiales?

Oui Non

Si oui, dans quel milieu? _____

À quel moment durant vos études? _____

8. Dans quel milieu de soins/unité de soins avez-vous commencé à travailler après vos études collégiales?

9. Avez-vous eu une formation/orientation à l'embauche, un préceptorat ou un mentorat?

Si oui, pouvez-vous détailler cette formation ?

Je vous remercie sincèrement de votre participation à ce projet de recherche

Appendice C

Guide d'entrevue semi-dirigée individuel

Titre du projet de recherche

Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

But et objectifs de recherche

Cette entrevue semi-dirigée individuelle vise à explorer l'expérience vécue de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers au collégial au Québec en lien avec l'adéquation de la formation reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques. Les objectifs seront de :

- Explorer les difficultés et les facilités rencontrées par l'infirmière débutante lors de l'accomplissement de ses activités professionnelles;
- Dégager les facteurs limitant et facilitant l'appropriation de ses activités professionnelles en lien avec la formation collégiale reçue.

À titre informatif

Cet entretien comportera 11 questions et sera d'une durée approximative de 60 minutes. Avec votre consentement, l'entrevue sera enregistrée (audio seulement) dans l'unique but de faciliter la transcription des informations partagées sous forme de verbatim (transcription intégrale des échanges). Chaque participante sera identifiée par un numéro dans les documents produits par souci de confidentialité (données anonymisées). Toutes les données recueillies seront enregistrées sur un disque dur externe sécurisé par un code de sécurité et conservé dans le bureau de l'étudiante-chercheuse sous-clé pendant une période de 5 ans.

1. Pour débiter, pouvez-vous me décrire votre expérience comme nouvelle infirmière?
2. Quelles sont les facilités et les difficultés vécues en début de pratique et la relation avec la formation initiale reçue (voir tableau ci-dessous).

	Activités de soins	Quelles sont les facilités vécues en lien avec [activités de soins] lors de votre entrée en fonction comme infirmière débutante? Donnez un exemple concret.	Quelles sont les difficultés vécues en lien avec [activités de soins] lors de votre entrée en fonction comme infirmière débutante? Donnez un exemple concret.	En lien avec la formation collégiale reçue, quelles suggestions feriez-vous afin d'améliorer l'appropriation de [activités de soins]?
<u>Thème 1</u> Composante fonctionnelle	Cette composante inclut des compétences définies en fonction de différents savoirs (scientifique, relationnel, éthique/déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel).			
<u>Thème 2</u> Composante professionnelle	Cette composante inclut des compétences définies en fonction des éléments d'exercices suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation initiale, en cours d'évolution et constats d'évaluation. - Interventions cliniques - Continuité des soins (coordination des soins et communication inter et intra professionnelle). 			

	Activités de soins	Quelles sont les facilités vécues en lien avec [activités de soins] lors de votre entrée en fonction comme infirmière débutante? Donnez un exemple concret.	Quelles sont les difficultés vécues en lien avec [activités de soins] lors de votre entrée en fonction comme infirmière débutante? Donnez un exemple concret.	En lien avec la formation collégiale reçue, quelles suggestions feriez-vous afin d'améliorer l'appropriation de [activités de soins]?
Thème 3 Composante contextuelle	Cette composante inclut les compétences définies en fonction des situations cliniques rencontrées dans l'exercice de la profession infirmière (situations de soins de santé aiguë stable, instable ou urgente; de réadaptation ou de rétablissement; de soins chroniques; de soins de fin de vie; de soins obstétricaux ou pédiatriques et de soins de santé mentale).			

Appendice D

Certificat d'approbation éthique



Le 02 novembre 2021

À l'attention de :
Kéanne Boily
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2022-1814

Titre du projet de recherche : Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 02 novembre 2021. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

02 novembre 2022.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2022-1814

Titre du projet de recherche : Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

Chercheuse principale :

Kéanne Boily
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice et codirectrice de recherche :

Sylvie Charette; Caroline Longpré
Professeures, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 02 novembre 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 02 novembre 2021

Date d'échéance du certificat : 02 novembre 2022

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques**

Numéro(s) de projet : **2022-1814**

Formulaire : **F9-9500**

Identifiant Nagano : **L'adéquation de la formation infirmière collégiale**

Date de dépôt initial du formulaire : **2022-10-04**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Kéanne Boily**

Date de dépôt final du formulaire : **2022-10-04**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-11-02**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2023-11-02

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, **AVANT** la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2022-10-05

Appendice E

Formulaire de considérations éthiques et de consentement de la participante

Formulaire de considérations éthiques et de consentement de la participante

Titre du projet de recherche : Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

Équipe de recherche :

Kéanne Boily, inf., M.Sc (c), étudiante responsable du projet de recherche, Université du Québec en Outaouais (UQO), Saint-Jérôme;

Sylvie Charette, inf. PhD, directrice de recherche, Professeure en Sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), Saint-Jérôme;

Caroline Longpré, inf. PhD, co-directrice de recherche Professeure en Sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO), Saint-Jérôme.

But du projet : Cette recherche a pour but d'explorer l'expérience vécue de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers au collégial au Québec en lien avec l'adéquation de la formation reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques. Elle vise de plus à identifier des pistes de solutions pour la formation collégiale en soins infirmiers au Québec sous forme de recommandations.

Votre participation : Vous êtes invitées à participer à ce projet de recherche à titre d'infirmière technicienne débutante ayant gradué en 2018-2019. Vous êtes interpellées afin de répondre à l'**objectif 1** du projet qui consiste à explorer les difficultés et les facilités rencontrées par l'infirmière débutante dans l'accomplissement de ses activités professionnelles lors de son entrée en fonction sur le marché du travail; et à l'**objectif 2** qui consiste à mettre en lien l'expérience vécue de l'infirmière débutante avec la formation collégiale reçue et ainsi dégager les facteurs limitant et facilitant l'appropriation de ses activités professionnelles en début de carrière.

Nature de la participation : Pour répondre à l'**objectif 1 et 2 de cette étude** qualitative de type exploratoire et rétrospective, vous êtes invitées à une entrevue semi-dirigée (qui comporte des questions ouvertes et semi-ouvertes) menée individuellement que vous réaliserez avec l'étudiante-chercheuse d'une durée approximative de 60 minutes. Selon les règles sanitaires associées à la COVID-19 en vigueur au Québec, l'entrevue sera effectuée via une plate-forme web (Zoom) ou en présentiel si les conditions socio-sanitaires le permettent. Dans chacun des cas, le moment et le lieu de la rencontre seront choisis par la participante. Si ces entrevues sont réalisées par le biais de Zoom, l'étudiante-chercheuse sera dans une salle individuelle afin de conserver la confidentialité des informations recueillies.

Risques et inconvénients : Un risque minimal possible serait un rappel d'émotions négatives pouvant être en lien avec les difficultés vécues lors de l'entrée en fonction des répondantes comme nouvelles infirmières (ex.: choc de transition). Le cas échéant, plusieurs moyens d'atténuations ont été mis en place, telle que les références au programme d'aide aux employés (PAE), ressources infosociales (811, option 2) ainsi que la prise de pause durant les entrevues selon les demandes de la participante. Celle-ci sera également invitée à verbaliser la nature de son inconfort. Une contrainte de temps pourrait également être un inconvénient pour la participante et c'est pour cette raison que le moment de l'entrevue sera choisi par celle-ci. Un risque relié à la situation pandémique du COVID-19 a également été noté. Selon les règles sanitaires associées à la COVID-19 en vigueur au Québec, l'entrevue sera effectuée via Zoom ou en présentiel si les conditions socio-sanitaires le permettent. Dans ce contexte, le respect des règles sanitaires comprenant la distanciation physique, le port du masque obligatoire et le lavage des mains sera respecté.

Avantages et bénéfices: Aucun bénéfice personnel n'est associé à votre participation. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet **de la formation collégiale en soins infirmiers au Québec** est le bénéfice direct anticipé.

Confidentialité : La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais*⁶. En aucun temps ou lieu, le contenu de vos réponses ne pourra être associé à vous personnellement lors de communications issues du projet : articles, conférences, etc. Les données seront gardées dans l'ordinateur dédié à ce projet de recherche, muni d'un mot de passe et accessible que par les membres de l'équipe de recherche. Elles seront utilisées uniquement pour cette étude, par les membres de l'équipe de recherche et seront conservées pour un maximum de 5 années. Elles seront par la suite détruites selon les règles éthiques de l'UQO, après 5 années (les notes manuscrites seront déchiquetées selon la procédure et les données numériques seront supprimées des bases de données). Avec votre permission, l'entretien sera enregistré sur un support audio, dans l'unique but de faciliter la transcription des données sous forme de verbatim. Ces enregistrements seront effacés à la suite de l'analyse des résultats. Advenant votre refus d'enregistrement, l'étudiante-chercheuse prendra des notes manuscrites afin de consigner les réponses.

Participation volontaire : Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude ou à une partie de l'étude, sans justification, sans aucun préjudice ni conséquence. Vous pouvez arrêter votre participation à tout moment lors de la réalisation de l'entrevue. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Ce formulaire de consentement devra être signé pour participer à l'étude. Par ailleurs, votre acceptation à répondre à l'entrevue témoigne aussi de votre consentement. Il vous sera finalement demandé de signer le présent formulaire de consentement de manière

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

électronique et pourra être renvoyé par courriel à l'étudiante responsable du projet de recherche. Celle-ci signera également de manière électronique le formulaire de consentement préalablement signé par vous. Une copie finale, signée par les deux parties, sera renvoyée par courriel. S'il n'est pas possible pour la participante de signer de manière électronique le formulaire de consentement, un consentement verbal pourra être fait au début de l'entretien. Il sera inscrit sur le formulaire de consentement que vous avez accepté de participer à l'étude avec un consentement verbal. De plus, celui-ci sera consigné par écrit dans les notes de l'étudiante-chercheuse. Puisque les échanges se feront majoritairement par courriel, il sera également possible pour la participante n'ayant pas de signature électronique d'envoyer à la responsable du projet un courriel qui fera office de consentement.

Diffusion des résultats : Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire, conférences et d'articles. Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, dans la section « *Signature* » du présent formulaire.

Éthique : Ce projet a été soumis aux règles éthiques de l'UQO. Les chercheuses s'engagent à respecter l'ensemble des conditions convenues dans ce document et d'agir avec intégrité. M. André Durivage est président du Comité d'éthique de la recherche, joignable au besoin au : 819 595-3900, poste 3970 et le participant peut communiquer avec lui pour toutes les questions touchant l'éthique de la recherche.

Contacts : Pour toutes questions, communiquez avec l'étudiante responsable du projet de recherche :

- Kéanne Boily, boik07@uqo.ca

1. CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et la responsable du projet en conserve une copie.

J'ai pris connaissance du formulaire de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage la responsable du projet de ses responsabilités. Les documents signés numériquement seront retournés à la responsable du projet par l'entremise de son courriel.

Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'accepte de participer à cette étude: OUI NON

Je souhaite recevoir ces résultats de la recherche : OUI NON

L'adresse électronique à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

Nom et prénom de la participante _____

Signature de la participante _____

Date _____ Heure _____

ENGAGEMENT DE LA RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Je certifie a) avoir expliqué à la personne signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'elle est libre à tout moment de mettre un terme à sa participation à la présente recherche.

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

Nom (en lettres moulées)

Signature de la responsable du projet de recherche

Date

N.B. Le projet #2022-1814 a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche de l'UQO en date du 2 novembre 2021.

Appendice F

Formulaire d'engagement à la confidentialité

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT A LA CONFIDENTIALITE

Titre de l'étude : Le vécu de l'infirmière débutante diplômée en soins infirmiers d'un programme d'études collégiales au Québec, en lien avec l'adéquation de la formation initiale reçue et les exigences attendues dans les milieux cliniques

Nom du (de la) chercheur(e) principal(e) : Kéanne Boily inf., M.Sc (c), étudiante-chercheuse responsable du projet de recherche, Université du Québec en Outaouais (UQO), St-Jérôme.

Département : Sciences infirmières

Dans le cadre de mon implication dans ce projet de recherche à titre d'étudiante-chercheuse, chercheur.e., coordonnateur.trice, ou d'assistant.e de recherche, j'aurai accès à des renseignements identificatoires et/ou j'aurai des contacts avec des personnes. En signant ce formulaire, je m'engage à :

1. Assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants(-es) ou toute autre donnée permettant d'identifier un(e) participant(e), un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
2. Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
3. Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

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

Coordonnateur(-trice) ou assistant(e) de recherche

Date : _____



Étudiante-chercheuse, responsable du projet de recherche

Date : 2021-11-20