UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

THÈSE PRÉSENTÉE À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT SUR MESURE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MARIPIER JUBINVILLE

UNE FORMATION STANDARDISÉE ET VALIDÉE EN SOUTIEN À L'ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF

6 MARS 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Cette thèse a été dirigée par :

Professeure Caroline Longpré[1], directrice de recherche

Professeur Éric Tchouaket Nguemeleu[1], co-directeur de recherche

Jury d'évaluation de la thèse :

Professeure Geneviève Rouleau[1], membre et présidente du jury

Professeure Isabelle Brault[2], membre du jury externe

Thèse soutenue le 23 décembre 2024

---

[1] Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Canada
[2] Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Canada

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans le règlement des études de cycles supérieurs de l'Université du Québec en Outaouais. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en sciences infirmières. Les noms de la directrice de recherche et du co-directeur de recherche pourraient donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Introduction : L'assistante infirmière-chef (AIC) est une infirmière occupant une fonction de gestion clinico-administrative qui requiert notamment cinq compétences, soit : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Ces compétences en gestion clinico-administrative sont rarement abordées dans la formation académique de l'infirmière, soulignant la nécessité de soutenir l'AIC dès qu'elle amorce sa fonction pour combler l'écart entre les exigences complexes qui lui sont demandées et sa capacité d'y répondre. Également, peu d'établissements de soins de santé offrent de la formation continue à l'AIC, et celles existantes présentent diverses lacunes en regard de quatre mécanismes devant y être intégrés favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. Ces derniers sont les suivants : 1) inclure du contenu de formation qui soit actualisé et complet, soit qui aborde les cinq compétences requises à la fonction d'AIC; 2) utiliser des principes favorisant le transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique; 3) s'assurer que la formation puisse être dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction; et 4) s'assurer que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé. De plus, les formations existantes ne semblent pas avoir suivi un processus scientifique de développement et de validation d'une formation. Ces constats justifient la nécessité de développer et valider, selon un processus scientifique, une formation qui pallie ces diverses lacunes. **Objectif :** L'objectif général de cette thèse est de développer et valider empiriquement une formation en soutien au renforcement des compétences de

l'AIC. Les objectifs spécifiques sont de : 1) identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC à intégrer à la formation; 2) valider empiriquement, à l'aide d'experts, la formation élaborée par l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité; puis, 3) évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé. **Méthode :** Deux cadres de référence ont été utilisés, soit le cadre méthodologique « Processus de développement et de validation d'une formation » et le modèle conceptuel « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef ». Une méthode mixte de recherche utilisant un devis de type recherche de développement a été employée. Trois approches distinctes ont permis de répondre aux objectifs spécifiques, soit : 1) une revue de la portée permettant l'élaboration de la formation; 2) une méthode Delphi permettant de valider la formation; et 3) une approche participative permettant de mettre en œuvre la formation par l'intermédiaire d'une mise à l'essai et d'une discussion dirigée. **Résultats :** 1) Des 23 publications retenues dans la littérature scientifique et grise, 46 éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences de l'AIC ont été extraits. Ces derniers ont permis d'élaborer la formation. 2) Au terme de deux tours de validation auprès de 21 experts, dont 7 AIC et 14 non AIC, un indice de validité de contenu (IVC) visé égal ou supérieur à 0,80 a été obtenu pour 11 sections du questionnaire sur 12 et 104 questions sur 113. L'analyse des données qualitatives a permis d'apporter des modifications à la formation, en plus de faire émerger sept recommandations à considérer lors de l'élaboration d'une formation. La fiabilité a été présente avec un test de Mann-Whitney ayant un p-value supérieur à 0,05 pour 9 sections

sur 12 de la formation. 3) La formation a été mise à l'essai auprès de 23 AIC. Pour les quatre niveaux d'évaluation (réaction, apprentissage, comportement et résultats), les participants ont rapporté des résultats positifs (supérieur à la moyenne) sur une échelle de Likert, et quatre recommandations à considérer lors de l'élaboration d'une formation ont été nommées. Ces mêmes AIC ont identifié un total de 59 facteurs qui influencent l'implantation de la formation dans les établissements de soins de santé. **Conclusion :** Cette thèse a permis le développement et la validation d'une formation empirique et standardisée visant à favoriser le renforcement des compétences de l'AIC. Cette formation se distingue de celles existantes puisqu'elle a suivi un processus scientifique de développement et de validation et a intégré les quatre mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. Cette étude permet de combler un manque actuel dans la littérature et la pratique en offrant une formation complète destinée à l'AIC. Ainsi, une AIC mieux soutenue dans l'exercice de sa fonction par l'intermédiaire d'une formation aura un impact positif pour les usagers, les membres de son équipe et l'établissement de soins de santé.

Mots-clés : assistante infirmière-chef, formation, compétences, transfert des apprentissages, structure organisationnelle, méthode mixte, devis recherche de type développement, revue de la portée, méthode Delphi, approche participative, mise en œuvre.

Summary

Introduction: The charge nurse (CN) is a nurse who holds a clinical-administrative position requiring five skills including: leadership; interpersonal communication; clinical-administrative caring; the capacity to problem solve; and knowledge and understanding of the healthcare environment. These clinical-administrative management skills are rarely addressed in the academic training of nurses, highlighting the need to support the CN as soon as they assume their position to bridge the gap between the complex demands of the position and their ability to meet them. Moreover, few healthcare institutions offer ongoing training to the CN, and trainings that exist have various shortcomings in relation to four mechanisms that should be integrated to promote the understanding and mastery of the CN position. These are as follows: 1) include updated and comprehensive training content that addresses the five skills required for the CN position; 2) use principles that promote the transfer of training from training to practice; 3) ensure that training can be systematically provided to CN newly assuming their position; and 4) ensure that the training is applicable in healthcare institutions. Additionally, the existing training do not appear to have undergone scientific development and validation. These findings justify the need to develop and scientifically validate a training that addresses these gaps. **Objective:** The overall goal of this thesis is to develop and empirically validate training to support the enhancement of CN skills. The specific objectives are to: 1) identify the key elements to be integrated into training for operationalizing and strengthening the skills required for the CN position; 2) empirically validate the training with the help of experts by assessing its content validity and reliability; and 3) evaluate the relevance of the

training and identify the factors that influence its implementation in healthcare institutions. **Method**: Two frameworks were used as a point of reference: the methodological framework "Process of training development and validation" and the conceptual model "Training model for charge nurse". A mixed-method research approach using a developmental research design was employed. Three distinct approaches were used to address the specific objectives: 1) a scoping review enabling the development of the training; 2) a Delphi method for validating the training; and 3) a participatory approach for implementing the training through pilot testing and a guided discussion. **Results**: 1) From the 23 publications retained from the scientific and grey literature, 46 key elements for operationalizing and strengthening CN skills were extracted, which contributed to the development of the training. 2) After two rounds of validation with 21 experts, including 7 CNs and 14 non-CNs, were required to achieve the desired content validity index (CVI) of 0.80 or higher was achieved for 11 of the 12 sections of the questionnaire, and for 104 of 113 questions. Qualitative data analysis led to modifications of the training, in addition highlighting seven recommendations to consider when designing a training. Reliability was demonstrated with a Mann-Whitney test, with a p-value greater than 0.05 for 9 out of 12 sections of the training. 3) The training was piloted with 23 CNs. For the four levels of evaluation (reaction, learning, behavior, and results), participants reported positive scores (i.e. above average) on a Likert scale, and four recommendations to consider when designing training were reported. These same CNs identified a total of 59 factors that influence the implementation of the training in healthcare institutions. **Conclusion**: This thesis enabled the development and validation

of an empirically and standardized training aimed at strengthening CN skills. This training stands out from existing trainings as it followed a scientific development and validation process and integrated the four mechanisms that promote understanding and mastery of the CN position. This study fills a current gap in the literature and practice by offering a comprehensive training designed for CN. Thus, a CN better supported in the exercise of their position through training will have a positive impact on the users, the team members, and the healthcare institution.

Keywords: charge nurse, training, skills, transfer of training, organizational structure, mixed methods, developmental research design, scoping review, Delphi method, participatory approach, implementation science.

Table des matières

Sommaire iv
Summary vii
Liste des tableaux xiv
Liste des figures xv
Liste des sigles et des acronymes xvi
Glossaire xvii
Remerciements xxii
Introduction 1
Chapitre 1 : Problème de recherche 6
1.1 Place de l'assistante infirmière-chef dans les établissements de soins de santé 7
1.2 Complexité du contexte actuel dans lequel œuvre l'assistante infirmière-chef 8
1.3 Maîtrise déficitaire des compétences de l'assistante infirmière-chef 9
1.4 Soutien insuffisant offert à l'assistante infirmière-chef 10
1.5 Formations lacunaires destinées à l'assistante infirmière-chef 13
1.6 Objectif général, objectifs spécifiques et questions de recherche 15
Chapitre 2 : Recension des écrits 17
2.1 Historique de la fonction d'assistante infirmière-chef 18
2.2 Description de la fonction d'assistante infirmière-chef 21
2.2.1 Fonction d'assistante infirmière-chef 24
2.2.2 Compétences requises à la fonction d'assistante infirmière-chef 29
2.2.3 Stratégies de soutien offertes à l'assistante infirmière-chef 38
2.3 Formations destinées à l'assistante infirmière-chef 41
2.3.1 Article 1. Supporting charge nurses through training: A narrative review 41
2.3.2 Mise à jour de la revue narrative des écrits 112
Chapitre 3 : Cadre de référence 123
3.1 Cadre méthodologique pour le développement et la validation d'une formation 124
3.1.1 Prémisse au développement du cadre méthodologique 125
3.1.2 Processus de développement et de validation d'une formation 127
3.2 Modèle conceptuel pour l'élaboration de la formation 128
3.2.1 Prémisse au développement du modèle conceptuel 129

3.2.2 Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef 131
Chapitre 4 : Méthodologie de recherche 141
4.1 Postures philosophiques 142
4.1.1 Posture épistémologique 142
4.1.2 Posture ontologique 144
4.1.3 Posture axiologique 145
4.2 Méthode mixte de recherche 146
4.2.1 Revue de la portée 148
4.2.2 Méthode Delphi 149
4.2.3 Approche participative de mise en œuvre 150
4.3 Considérations éthiques de la recherche 151
4.4 Critères de rigueur scientifique 152
Chapitre 5 : Résultats 154
5.1 Approche méthodologique – Revue de la portée 155
5.1.1 Article 2. Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée 155
5.1.2 Résultats complémentaires 202
5.2 Approche méthodologique – Méthode Delphi 205
5.2.1 Article 3. Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi 205
5.2.2 Résultats complémentaires 241
5.3 Approche méthodologique – Participative (mise en œuvre) 251
5.3.1 Article 4. La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative 251
5.3.2 Résultats et discussion complémentaires 306
Chapitre 6 : Discussion 310
6.1 Principaux résultats de l'étude 311
6.1.1 Formation qui a suivi un processus scientifique de développement et de validation 311
6.1.2 Formation qui intègre les quatre mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC 314
6.1.3 Formation qui détient un fort indice de validité de contenu et de fiabilité . 316
6.1.4 Formation qui prend en compte les recommandations d'experts et d'AIC. 317

6.1.5 Formation qui a été évaluée positivement en regard des quatre niveaux d'évaluation 318
6.1.6 Identification des facteurs qui influencent l'implantation de cette formation 319
6.1.7 Formation qui prend en considération l'équité, la diversité et l'inclusion .. 320
6.2 L'assistante infirmière-chef et sa contribution politique 321
6.3 Limites de l'étude 322
6.4 Recommandations 324
6.4.1 Formation 324
6.4.2 Clinique 325
6.4.3 Gestion 326
6.4.4 Recherche 327
6.5 Transférabilité de la formation 328
Chapitre 7 : Conclusion 330
Références 333
Appendice A : Stratégies de recherche – Recension des écrit 352
Appendice B : Preuve de soumission article 1 354
Appendice C : Article – Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol 356
Appendice D : Article – Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training 367
Appendice E : Renouvellement approbation éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais 382
Appendice F : Renouvellement approbation éthique du milieu d'étude 384
Appendice G : Preuve d'acceptation article 2 386
Appendice H : Preuve de soumission article 3 388
Appendice I : Questionnaire d'évaluation – 1er tour (méthode Delphi) 390
Appendice J : Outils de recrutement des experts (méthode Delphi) 428
Appendice K : Courriel acheminé aux experts – Début 1er tour (méthode Delphi) 431
Appendice L : Courriel acheminé aux experts et questionnaire d'évaluation – 2e tour (méthode Delphi) 433
Appendice M : Preuve de soumission article 4 460
Appendice N : Outils de recrutement – Mise en œuvre 462
Appendice O : Courriel acheminé aux participants – Mise en œuvre 464

Appendice P : Formulaire de consentement – Mise en œuvre 467
Appendice Q : Questionnaire d'évaluation – Mise à l'essai de la formation 472
Appendice R : Validation de la grille de questions – Discussion dirigée..... 487
Appendice S : Courriel de recrutement pour validation de la grille de questions – Discussion dirigée..... 489
Appendice T : Formulaire de consentement validation grille de questions – Discussion dirigée..... 491
Appendice U : Guide de discussion dirigée..... 495
Appendice V : *Guidelines for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching* (*GREET*)..... 504
Appendice W : Courriels acheminés aux gestionnaires – Discussion dirigée..... 509

Liste des tableaux

Tableau 1. Titres comparables à l'assistante infirmière-chef 25
Tableau 2. Définitions des compétences de l'assistante infirmière-chef 32
Tableau 3. Compétences et sous-compétences de l'assistante infirmière-chef 33
Table 4. CN skills and sub-skills 50
Table 5. Search strategy in CINAHL 57
Table 6. Eligibility Criteria 58
Table 7. Description of charge nurse training 66
Tableau 8. Description des formations pour l'assistante infirmière-chef 114
Tableau 9. Résumé des approches méthodologiques utilisées 147
Tableau 10. Caractéristiques des publications retenues 171
Tableau 11. Éléments clés répertoriés par composante et compétence 179
Tableau 12. Éléments clés extraits par composante à inclure à la formation 202
Tableau 13. Représentation de l'analyse menant à un résultat 224
Tableau 14. Données sociodémographiques 225
Tableau 15. Validité de contenu 226
Tableau 16. Fiabilité 226
Tableau 17. Résumé de la formation 242
Tableau 18. Méthodes d'apprentissage et stratégies pédagogiques 249
Tableau 19. Données sociodémographiques 275
Tableau 20. Soutien reçu par les participants 276
Tableau 21. Moyenne et écart-type 278
Tableau 22. Facteurs facilitants et contraignants l'implantation de la formation 284

Liste des figures

Figure 1. Articles scientifiques liés aux étapes de cette thèse 5
Figure 2. Diagramme de flux – Recension des écrits sur l'assistante infirmière-chef 23
Figure 3. Compétences, sous-compétences, rôles et responsabilités 37
Figure 4. Training model for the charge nurse 55
Figure 5. Selection algorithm 59
Figure 6. Flowchart – Selection process for literature describing charge nurse training. . 60
Figure 7. Diagramme de flux – Mise à jour de la revue narrative des écrits 112
Figure 8. Processus de développement et de validation d'une formation 128
Figure 9. Modèle renouvelé de gouvernance clinique 130
Figure 10. Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef 132
Figure 11. Model of the Transfer Process 135
Figure 12. New World Kirkpatrick Model 137
Figure 13. Algorithme de sélection – Premier tour 165
Figure 14. Algorithme de sélection – Deuxième tour 166
Figure 15. Diagramme de Flux 169
Figure 16. Processus de validation de la formation par une méthode Delphi 216
Figure 17. Niveaux de révision du consensus 217
Figure 18. Cadre conceptuel Knowledge-to-action 260
Figure 19. New World Kirkpatrick Model adapté 264
Figure 20. Consolidated Framework for Implementation Research 265
Figure 21. Déroulement de cette étude 273

Liste des sigles et des acronymes

AIC :	Assistante infirmière-chef
CFIR :	*Consolidated Framework for Implementation Research*
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CN :	*Charge nurse*
CREDES :	*Conducting and REporting of DElphi Studies*
ÉDI :	Équité, diversité et inclusion
IVC :	Indice de validité de contenu
KTA :	*Knowledge-to-action*
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PRISMA-Scr :	*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*
TMCN :	*Training Model for Charge Nurses*

Glossaire

Approche participative : L'approche participative permet d'établir un partenariat entre la personne concernée (AIC) par l'objet de recherche (formation) et le chercheur et ainsi valoriser la co-construction.

Assistante infirmière-chef : L'assistante infirmière-chef est une infirmière qui occupe une fonction de gestion clinico-administrative dans un établissement de soins de santé, en soutien au gestionnaire et aux membres de l'équipe œuvrant dans son secteur de soins.

Axiologie : L'axiologie examine la nature des valeurs dans une étude, contribuant ainsi à définir ce qui est considéré comme bon ou mauvais dans celle-ci.

Capacité de résolution de problèmes : La capacité de résolution de problèmes vise à comprendre un problème ou une situation professionnelle et mettre en œuvre des actions appropriées pour le résoudre.

***Caring* clinico-administratif :** Le *caring* clinico-administratif est « un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la personne afin de favoriser sa santé ».

Communication interpersonnelle : La communication interpersonnelle consiste à la transmission par une personne d'un signal, un message ou une information à une autre personne qui le reçoit et le décode.

Compétence : La compétence a une définition duale : « être compétent », signifie « un processus consistant à « savoir agir » en situation professionnelle en mobilisant une combinaison appropriée de ressources internes personnelles […] et externes […] et en faisant appel à l'usage de fonctions de guidage ». « Avoir des compétences », signifie « une ressource personnelle nécessaire pour savoir agir en situation professionnelle ».

Connaissance et compréhension de l'environnement de travail : La connaissance et compréhension de l'environnement de travail consiste à posséder une connaissance des politiques, procédures, objectifs, rôles et responsabilités, attentes de performance et de l'organisation du travail.

Développement : Le développement comprend l'ensemble des étapes requises pour mener à terme une formation.

Devis convergent : Le devis convergent combine, de manière concomitante, des méthodes quantitatives et qualitatives lors de la collecte ou de l'analyse des données.

Cette intégration des deux méthodes permet de confirmer, infirmer ou valider les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives.

Devis de type recherche de développement : La recherche de développement se définit comme l'analyse du processus de développement de l'objet (formation), incluant son élaboration et sa mise à l'essai, en tenant compte des données collectées à chaque phase du processus et de la littérature scientifique existante.

Discussion dirigée : La discussion dirigée, aussi appelée entrevue structurée, est une interaction verbale avec un ou plusieurs participants où les questions, leur ordonnancement et le temps alloué à chacune d'entre elles sont prédéfinis.

Élaboration : L'élaboration est l'étape de conception de la formation.

Épistémologie : L'épistémologie est l'étude de la nature des connaissances, qui explore la notion de savoir ainsi que les processus permettant de la modéliser. En somme, elle établit les règles de la connaissance scientifique.

Établissement de soins de santé : Un établissement de soins de santé est une entité publique ou privée, responsable d'exercer des activités liées à la mission de centres, tels que les centres hospitaliers ou encore les centres d'hébergement de soins de longue durée.

Formation : La formation est définie comme un ensemble d'activités organisées dans le but de développer les connaissances, les compétences et les attitudes des personnes, afin d'améliorer leur efficacité et leur efficience.

Gestionnaire : Le gestionnaire est défini comme étant la personne responsable de gérer un secteur de soins spécifique, dont le personnel, le matériel et le budget et de s'assurer que les normes de soins soient respectées.

Gouvernance clinique : La gouvernance clinique représente un espace intermédiaire entre le système clinique et le système de gestion d'un établissement de soins de santé. Elle constitue un nouveau mode d'action collective et un objet de gouvernance, où les savoirs et les relations des acteurs de ces deux systèmes se mobilisent de manière égalitaire et bénéfique pour tous. Cette approche englobe toutes les initiatives visant à optimiser la qualité des soins et des services de santé.

Leadership : Le leadership est un processus visant à influencer et engager les personnes pour atteindre des objectifs, en mettant l'accent sur les personnes et l'innovation.

Mentorat : Le mentorat est défini comme une relation d'aide entre une AIC expérimentée (mentore) et une AIC qui exerce nouvellement la fonction (mentorée), afin de permettre le développement professionnel de cette dernière.

Méthodes d'apprentissages : Les méthodes d'apprentissage guident l'élaboration et l'enseignement.

Méthode Delphi : La méthode Delphi permet d'élaborer des orientations consensuelles portant sur les meilleures pratiques par l'intermédiaire d'un questionnaire dispensé à des experts en deux tours ou plus de validation.

Mise à l'essai : La mise à l'essai consiste à mener l'étude ou l'intervention (formation), auprès d'un petit échantillon formé de la même population de recherche (AIC), afin d'évaluer la pertinence des méthodes proposées et vérifier si elles produisent les résultats attendus, permettant d'apporter les ajustements nécessaires avant son implantation.

Mise en œuvre : La mise en œuvre (*implementation science)* est définie comme « l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé ».

Neutralité axiologique : La neutralité axiologique consiste à prendre conscience de ses propres valeurs, afin de minimiser au maximum les biais possibles qu'elles pourraient engendrer.

Orientation : L'orientation est définie comme un jumelage entre une AIC expérimentée et une AIC qui exerce nouvellement sa fonction, permettant à la nouvelle recrue d'apprendre l'organisation, la routine de travail et les spécificités du secteur de soins en étant guidée par la professionnelle expérimentée.

Ontologie : L'ontologie réfère à la nature et à la structure de l'être humain, à l'environnement et à la santé humaine.

Paradigme de la transformation : Le paradigme de la transformation se caractérise par un changement en constante évolution et unidirectionnel, où l'avancée est continuelle.

Paradigme postpositiviste : Le paradigme postpositiviste cherche à atteindre l'objectivité et la reproductibilité des connaissances, tout en acceptant que la réalité reste partiellement inaccessible et que la science produit des résultats probabilistes, sujets à révision.

Paradigme pragmatiste : Le paradigme pragmatiste se concentre sur les actions et les résultats de l'étude, voire les solutions aux problèmes. Les chercheurs pragmatiques adoptent diverses approches méthodologiques afin de procéder à la collecte et à l'analyse des données pour répondre à la question de recherche.

Processus scientifique de développement et de validation d'une formation : Un processus scientifique de développement et de validation d'une formation comprend un

ensemble d'étapes à effectuer allant de l'identification du contenu à intégrer à la formation, jusqu'à sa mise en œuvre, en utilisant des approches scientifiques pour y parvenir.

Revue de la portée : La revue de la portée (*scoping review*) consiste en une analyse préliminaire d'une question générale dans un domaine clinique. Elle inclut une synthèse exhaustive des données probantes afin d'éclairer la pratique, tout en fournissant des informations utiles pour orienter de futures recherches.

Secteur de soins : Le secteur de soins fait référence au lieu de travail de l'AIC, tel que l'urgence, le centre d'hébergement de soins de longue durée, l'unité de soins ou encore le soutien à domicile.

Stratégie pédagogique : Une stratégie pédagogique désigne les stratégies utilisées pour enseigner et permettre aux participants de s'exercer.

Structure organisationnelle : La structure organisationnelle établit le cadre hiérarchique et structure le travail dans les établissements de soins de santé en fixant des objectifs cohérents, spécifiques et clairs. Elle définit également les rôles et responsabilités du personnel et précise la manière dont les relations sont organisées ainsi que les canaux de collaboration et de communication.

Transfert des apprentissages : Le transfert des apprentissages est défini comme la mesure dans laquelle l'AIC applique dans son travail, les connaissances, compétences et attitudes acquises au cours de la formation à laquelle elle aura assisté.

Dans le domaine des idées, tout dépend de

l'enthousiasme. Dans le monde réel, tout repose

sur la persévérance.

(Johann Wolfgang von Goethe)

Remerciements

Mon parcours doctoral n'est pas un simple périple individuel. Il en est un collectif où différentes personnes ont contribué de près ou de loin à sa réalisation. Ce fut un marathon qui nécessite de reconnaître toutes les parties prenantes de ce dernier.

J'aimerais d'abord remercier les différents organismes subventionnaires desquels j'ai reçu des bourses doctorales ou un appui financier. Il s'agit de l'Université du Québec en Outaouais, du ministère de l'Enseignement supérieur, du Bureau de coopération interuniversitaire, du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers Laurentides et Lanaudière, du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, de la Fondation de l'Université du Québec en Outaouais et du *Canadian Nurses Foundation*.

Je remercie chaleureusement les participants de mon étude pour leur générosité, leur dévouement et leur implication pour faire progresser les connaissances en lien avec l'AIC, pour le bien-être des usagers et de leurs proches. Sans vous, la richesse de cette thèse n'aurait pas été la même.

Merci aux membres de mon comité de thèse et jury d'examen de synthèse, Messieurs Pierre Pariseau-Legault, Sylvain Brousseau, Jacques-Bernard Gauthier et Éric Tchouaket Nguemeleu ainsi que Mesdames Marie-Douce Primeau et Caroline Longpré. Vos commentaires ont été précieux pour améliorer mon protocole de recherche. Je

remercie également les membres du jury de cette thèse, Mesdames Geneviève Rouleau, Isabelle Brault et Caroline Longpré, ainsi que Monsieur Éric Tchouaket Nguemeleu. Merci aux membres de la Chaire de recherche du Canada – Économie de la Prévention et Contrôle des Infections, notamment Stephanie R, Fatima E-M, Katya K, Ibrahima A et Suzanne L pour leur soutien et encouragement, mais également pour leur implication dans mon projet doctoral. Isabelle S, Isabelle S-P, Lysane P, et Gabriela P-R, merci pour les « tomates » faites en fin de parcours qui m'ont permis de garder le cap sur mes objectifs.

Je poursuis en remerciant ma directrice de recherche Madame Caroline Longpré et mon co-directeur Monsieur Éric Tchouaket Nguemeleu. Les mots ne sont pas assez grands pour vous témoigner toute la reconnaissance que j'ai envers vous, pour tous les conseils, les apprentissages, la disponibilité et le soutien que vous m'avez octroyés durant toutes ces années. Caroline, la bienveillance, la patience et la confiance que tu as eues à mon égard ont fait la différence dans mon parcours. Éric, ta rigueur et tes « petites questions », mais oh combien d'une profondeur immense, m'ont permis de réfléchir et d'améliorer mon projet. Vous avez cru en moi et m'avez poussée à aller au-delà de mes capacités, merci.

Ma famille et mes ami.e.s de près ou de loin, merci pour votre soutien et vos encouragements. Dany S et Jason K, merci de m'avoir permis de travailler à temps partiel afin que je puisse pleinement me concentrer à mes études et de m'avoir épaulée durant ces années. Nos discussions vont grandement me manquer. Renée C, merci de ton soutien

indéniable et de ton accompagnement. Andrée-Ann L, Stéphanie D et Nathalie A, votre écoute, votre bienveillance et votre soutien m'ont permis de conserver ma motivation tout au long de cette aventure, merci. Papa et maman, sans vous je ne serais pas là où je suis maintenant. Votre soutien quotidien depuis ma tendre enfance et vos encouragements incessants m'ont permis de traverser ce doctorat en sachant que vous étiez continuellement à mes côtés. Maman, ton écoute sans fin et nos discussions m'ont permis de sortir les émotions qui pouvaient m'envahir à certains moments. Papa, ta rigueur et ton ardeur au travail, mais également ton sens du perfectionnisme, ont, sans aucun doute, teinté la professionnelle et l'étudiante que je suis maintenant. Merci à vous deux.

Enfin, mon beau noyau familial. Mon acolyte étoile à quatre pattes, peu importe l'heure, tu étais à mes côtés, merci. Ma belle Mélo, merci d'avoir été présente pour moi et d'avoir été un public en or lorsque je pratiquais certaines communications orales que j'allais faire, sans trop comprendre de quoi je parlais, mais sans rien laisser transparaître. J'espère avoir été une source d'inspiration pour toi. Xavier, mon petit loup, merci des compromis et sacrifices que tu as faits pour permettre à maman de compléter son aventure académique. Ton amour, ton sourire, tes câlins, tes encouragements et tes beaux dessins ont été une source constante de motivation pour moi. Jean-Charles, je t'offre ma plus profonde gratitude. Ton soutien, ta patience, ton amour, et ta compréhension ont été inestimables tout au long de ce parcours. Sans toi, je n'aurais pas pu y parvenir. Merci de m'avoir permis de m'investir dans ce beau grand projet, afin de pouvoir m'accomplir. Je vous aime très fort.

Introduction

Les réformes successives dans le réseau de la santé et des services sociaux[3] au cours des deux dernières décennies ont impacté inévitablement la fonction d'assistante infirmière-chef [4] (AIC). Effectivement, avec une présence réduite du gestionnaire dans le secteur de soins, les rôles et responsabilités administratifs de l'AIC se sont vus augmenter, nécessitant d'autant plus, une maîtrise optimale de compétences en gestion clinico-administrative pour les assumer (Dubois, 2023; Plourde, 2012). Ces compétences identifiées par Plourde (2012) dans ses études de maîtrise sont les suivantes : leadership; communication interpersonnelle; *caring* clinico-administratif; capacité de résolution de problèmes; et connaissance et compréhension de l'environnement de travail.

Ces changements contextuels ont mis en exergue la nécessité pour l'AIC d'exercer optimalement sa fonction. Le vécu professionnel de l'étudiante-chercheure en tant qu'AIC, ainsi que ses observations cliniques dans les différents secteurs de soins, lui ont permis de constater, soutenu par la littérature, que l'AIC présente une maîtrise déficitaire de ces différentes compétences. Cette maîtrise déficitaire résulte souvent d'un manque de préparation et de soutien, notamment en raison de la rareté ou des lacunes des formations disponibles lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction (Admi & Eilon-Moshe, 2016). Notamment, les formations existantes n'abordent pas systématiquement les cinq compétences de l'AIC ou présentent un contenu de formation associé à ces dernières peu

[3] Pour la suite de cette thèse, le terme « réseau de la santé » sera utilisé.
[4] Les termes « assistante infirmière-chef » et « infirmière » incluent toutes les identités de genre. Tous les autres termes sont masculins. Ils sont utilisés sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

développé; elles n'utilisent pas des principes favorisant le transfert des apprentissages dans la pratique ou n'intègrent pas ou très peu de stratégies pédagogiques; ces formations ne sont pas dispensées systématiquement à l'AIC lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction; ou encore, elles sont peu ou non applicables dans les établissements de soins de santé, notamment par leur durée ou mode de dispensation (Jubinville, Longpré, et al., 2024). De plus, les formations existantes recensées ne semblent pas avoir suivi un processus scientifique de développement et de validation. Ce projet doctoral vise donc à répondre à ces différents constats.

Ce manuscrit se décline en sept chapitres. Le premier chapitre, le problème de recherche, expose les diverses composantes de la situation vécue par l'AIC, l'objectif général, les objectifs spécifiques et les questions de recherche. Le deuxième chapitre, la recension des écrits, se décline en trois volets distincts, soit l'historique de la fonction d'AIC, la description de la fonction et les formations destinées à l'AIC (revue narrative des écrits, article 1). Le troisième chapitre, le cadre de référence, présente le cadre méthodologique « Processus de développement et de validation d'une formation », inspiré de Ghahari et al. (2020) et Rousselot et al. (2018), puis le modèle conceptuel « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef », adapté du modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008). Le quatrième chapitre, la méthodologie de recherche, présente les postures philosophiques, la méthode de recherche complémentée de deux articles en appendice, soit un portant sur le protocole de cette thèse et l'autre sur la revue de la portée, les considérations éthiques de la recherche ainsi que les critères de rigueur

scientifique de cette étude. Le cinquième chapitre, les résultats, présente les résultats liés à la revue de la portée (article 2), à la méthode Delphi (article 3), ainsi qu'à l'approche participative de mise en œuvre de la formation par l'intermédiaire d'une mise à l'essai et d'une discussion dirigée (article 4). Le sixième chapitre, la discussion, présente les principaux résultats discutés, la contribution politique de l'AIC, les limites de l'étude, les recommandations en lien avec la formation, la clinique, la gestion et la recherche et la transférabilité de la formation. Finalement, le septième chapitre, la conclusion, résume les principales contributions de cette étude.

L'ensemble du processus de développement et de validation de la formation qui constitue l'objectif général de cette thèse, a poursuivi des étapes prédéterminées, inspirées du processus suivi par Ghahari et al. (2020) ainsi que Rousselot et al. (2018) permettant de répondre ainsi à chacun des objectifs spécifiques visés. En résumé, ce sont six articles scientifiques qui ont été écrits, correspondant à ces différentes étapes (Figure 1). Spécifiquement, il s'agit de deux articles de protocole (de la thèse et de la revue de la portée) publiés; un article accepté portant sur les résultats de la revue de la portée; et trois articles soumis, soit un portant sur la revue narrative des écrits, un sur les résultats liés à la méthode Delphi et un sur les résultats liés à l'approche participative par la mise en œuvre de la formation.

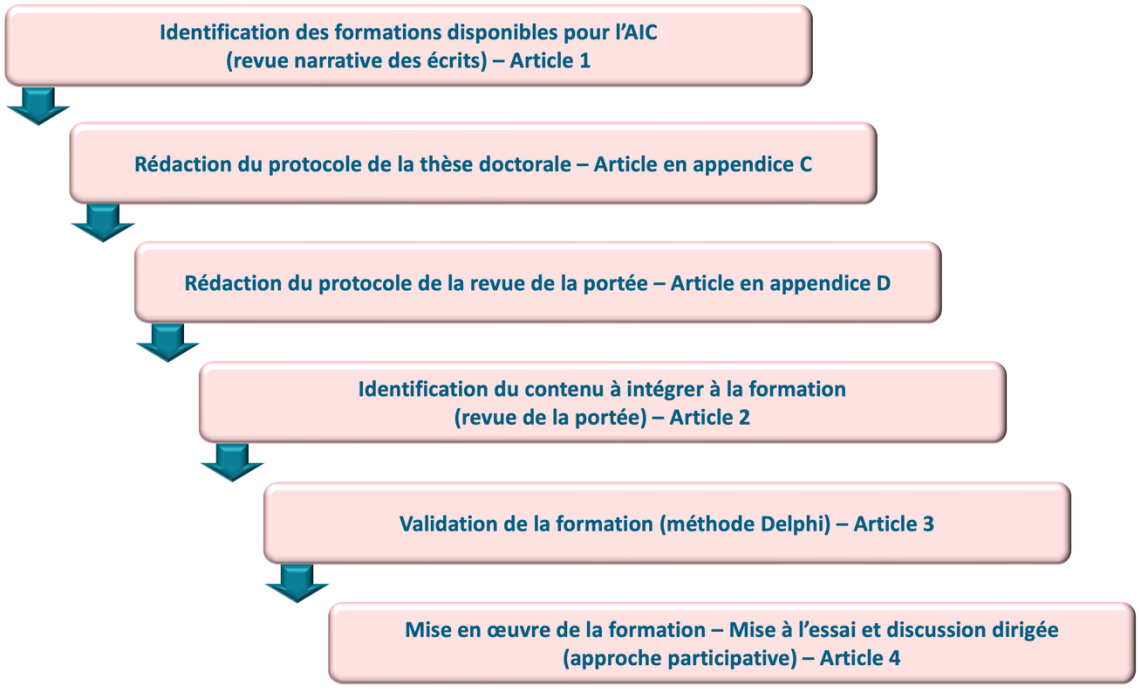


Figure 1. Articles scientifiques liés aux étapes de cette thèse

Chapitre 1 : Problème de recherche

Ce premier chapitre met en lumière les diverses composantes de la situation vécue par l'AIC. Dans un premier temps, la place qu'occupe l'AIC dans les établissements de soins de santé est expliquée, suivi de la complexité du contexte actuel dans lequel elle œuvre, de la maîtrise déficitaire de ses compétences en gestion clinico-administrative, du soutien insuffisant à l'appropriation de sa fonction, et des formations lacunaires qui lui sont destinées. Finalement, l'objectif général, les objectifs spécifiques et les questions de recherche sont présentés.

1.1 Place de l'assistante infirmière-chef dans les établissements de soins de santé

À l'international tout comme au Québec, la fonction d'AIC est intégrée dans la structure de postes des établissements de soins de santé. Au 1er septembre 2024, 6 903 professionnels déclaraient être AIC au Québec, ce qui représentait 8,38 % de l'effectif (membres réguliers) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Normand, 2024). Selon la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2021a), l'AIC est une : « infirmière qui assiste l'infirmière-chef ou le supérieur immédiat dans ses fonctions » (page 5). Par le fait même, l'AIC n'est pas gestionnaire. De façon générale à l'international ou au Québec, l'AIC est une leader (Spiva et al., 2020) et une ressource pivot indispensable pour les différents professionnels, tels que les infirmières et les médecins, ainsi que pour les usagers et leurs proches (Holmgren et al., 2022; Turmel Courchesne, 2015). Il est démontré que l'AIC contribue à la satisfaction des usagers (Kramer & Davies, 2021; Spiva et al., 2020), à la réduction du taux de roulement du personnel (Teran & Webb, 2016) et au fonctionnement général optimal de son secteur de

soins (Kramer & Davies, 2021; Millard et al., 2024). De surcroît, elle est indispensable et fondamentale pour assurer des soins de qualité et sécuritaires dans les établissements de soins de santé (Bateman & King, 2020; Lessard, 2018). En somme, elle occupe une fonction essentielle dans le réseau de la santé.

1.2 Complexité du contexte actuel dans lequel œuvre l'assistante infirmière-chef

La fonction fondamentale de l'AIC découle en partie du besoin d'avoir un leader permanent dans le secteur de soins, entre autres lorsque le gestionnaire (qu'il soit infirmier ou issu d'une autre profession) est absent (Bateman & King, 2020; Turmel Courchesne, 2015). Cependant, cette fonction se révèle à la fois complexe et exigeante rendant son actualisation difficile (Bérubé, 2016; Lessard, 2018; Rankin et al., 2016). En effet, à l'international comme au Québec, la fonction d'AIC au fil du temps a grandement évoluée, lui octroyant de plus en plus de rôles et responsabilités. Au Québec, une des récentes causes possibles intensifiant cette complexité est la mise en application de la Loi 10 « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales » (Éditeur officiel du Québec, 2024). Celle-ci a conduit à une restructuration du réseau de la santé en aplanissant les organigrammes des établissements de soins de santé (Éditeur officiel du Québec, 2024). Parmi les changements notables, on trouve la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ainsi que la suppression de 1300 postes de gestionnaire (Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, 2019; Éditeur officiel

du Québec, 2024). Ces changements complexes dans le contexte actuel ont étendu le territoire à desservir pour chaque gestionnaire, tout en complexifiant leurs rôles et responsabilités, rendant la gestion de proximité des employés plus difficile et leur présence dans le secteur de soins moins fréquente (Dubois, 2023). Dans le passé, lors des changements notables dans le réseau de la santé, en raison de la complémentarité de sa fonction avec celle de son gestionnaire, cette surcharge de travail s'est répercutée sur l'AIC qui a inévitablement vu ses rôles et responsabilités s'amplifier (Plourde, 2012). Il est raisonnable de penser que cette situation est également applicable à la réforme issue de la Loi 10. D'ailleurs, il est relaté qu'à l'international comme au Québec, une confusion dans l'attribution des rôles et responsabilités entre l'AIC et son gestionnaire semble présente (Admi & Eilon-Moshe, 2016; Bérubé, 2016). Bérubé (2016) dans son étude de cas unique à niveaux d'analyses imbriqués, relève que la complémentarité entre l'AIC et son gestionnaire est essentielle et s'explique par : la vision d'ensemble que tous les deux doivent avoir; par une communication bidirectionnelle; et par l'établissement d'objectifs communs alliant une mobilisation des équipes. Par conséquent, il est nécessaire que l'AIC renforce davantage ses compétences et son expertise pour répondre au contexte actuel et agir en complémentarité avec son gestionnaire (Plourde, 2012).

1.3 Maîtrise déficitaire des compétences de l'assistante infirmière-chef

À cet égard, l'AIC doit maîtriser des compétences en gestion clinico-administrative, soit, à la fois des compétences cliniques, comme intervenir auprès d'un usager dans une situation de soins aigus, et des compétences administratives, comme procéder à la gestion

d'un conflit entre deux membres de l'équipe. Dans son essai visant la création d'un référentiel des compétences pour l'AIC œuvrant à l'urgence, Plourde (2012) fait état de cinq compétences en gestion clinico-administrative : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Ces compétences ont été recensées dans plusieurs études, dont celles de Connelly, Yoder et al. (2003), Grégoire et Labrecque (2020) ainsi que Turmel Courchesne (2015). Bien que ces compétences soient reconnues comme essentielles pour que l'AIC exerce pleinement sa fonction, Admi et Eilon-Moshe (2016) relatent que l'AIC détient des compétences cliniques, mais présente une maîtrise déficitaire relativement aux compétences administratives. Le tout a été corroboré par les observations que l'étudiante-chercheure a effectuées dans les secteurs de soins qui dénotent également d'une maîtrise lacunaire de l'arrimage entre les compétences cliniques et administratives. Ces compétences sont très peu abordées dans la formation académique de l'infirmière. Ainsi, il importe, dans les établissements de soins de santé, de soutenir l'AIC lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction dans l'acquisition et le renforcement de ses compétences. En effet, il appert qu'une préparation adéquate à l'exercice de cette fonction est vitale pour l'AIC (Rankin et al., 2016).

1.4 Soutien insuffisant offert à l'assistante infirmière-chef

Les observations faites en regard de la pratique clinique dans les établissements de soins de santé, appuyées par la littérature à l'international et au Québec, font état d'un manque de soutien offert à l'AIC dans l'appropriation de sa fonction et, par le fait même,

dans le renforcement de ses compétences (Morris, 2019; Turmel Courchesne, 2015; Yaghobian et al., 2020). À cet égard, Assid (2010) a soulevé que 75 % des AIC rencontrées disent avoir reçu un soutien insuffisant pour exercer leur fonction et ne connaissent pas convenablement la description de cette dernière. En l'absence de stratégies de soutien, il est difficile pour l'AIC de développer et renforcer les compétences requises sous-jacentes à sa fonction (Lessard, 2018). Ce constat peut se répercuter par exemple, sur la continuité et la qualité des soins offerts à l'usager (Andronico et al., 2019), sur la coordination clinique du secteur de soins ou sur l'identification des priorités de soins (Lessard, 2018). Ainsi, l'octroi de soutien à l'AIC dans l'appropriation de sa fonction et, par le fait même, dans le renforcement de ses compétences est requis dans les établissements de soins de santé. L'étude de Doherty et al. (2022) indique que le soutien offert à l'AIC pour la préparer à exercer sa fonction varie d'un établissement de soins de santé à un autre. En effet, certaines AIC ont complété une période d'orientation (n = 12/14); d'autres ont bénéficié d'une formation en classe portant sur les rôles et responsabilités de la fonction (n = 3/14) ou sur le leadership (n = 2/14); une AIC a complété une formation en ligne (n = 1/14); et une autre a reçu du mentorat (n = 1/14). Ainsi, le soutien octroyé à l'AIC semble être variable et insuffisant pour qu'elle s'approprie sa fonction et renforce ses compétences. De plus, Lessard (2018) dénote que le soutien offert à une AIC qui assume la fonction en remplacement n'est pas le même que pour celle détentrice d'un poste, alors que toutes deux exercent la même fonction. À la lumière des résultats de son étude, elle ajoute qu'un amalgame de différentes stratégies de soutien offertes à l'AIC est requis, telles que : des séances d'accompagnement (*coaching*)

par le gestionnaire; du soutien par les pairs; et de la formation pour assurer le développement continu des compétences. Dillard-Henderson (2018) expose également le besoin de formation chez l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction.

Ainsi, il semble dominer dans la littérature un besoin pour l'AIC de bénéficier d'une formation la préparant à exercer sa fonction et lui permettant de renforcer ses compétences. D'ailleurs, la formation est reconnue comme étant une stratégie de soutien pertinente et indiquée permettant d'acquérir, maintenir et renouveler les connaissances et compétences d'un professionnel, dont l'AIC (Ford, 2021). En effet, les études d'Andronico et al. (2019) ainsi que de Kramer et Davies (2021) révèlent qu'après avoir assisté à une formation, l'AIC se sent mieux préparée, plus confiante et acquiert des connaissances qui augmentent la maîtrise de sa fonction. D'autre part, les participants à l'étude de Lessard (2018) ont exprimé qu'il était obligatoire à leurs yeux de développer une formation standardisée (uniforme) pour l'AIC. De surcroît, sans formation spécifique, un écart persiste entre les exigences complexes attribuables à la fonction, et la capacité de l'AIC d'y répondre en l'exerçant optimalement (Spiva et al., 2020). En plus, comme l'AIC a un impact fondamental sur le taux de roulement du personnel dans son secteur de soins (Teran & Webb, 2016), Medero et al. (2023) estiment qu'un retour sur l'investissement est présent quand ils comparent le coût moyen de roulement d'une infirmière et le coût de participation d'une AIC à une formation de six heures. Partant de ces constats, la dispensation d'une formation à l'AIC pour la préparer et la soutenir dans l'exercice de sa fonction et le renforcement de ses compétences est recommandée.

1.5 Formations lacunaires destinées à l'assistante infirmière-chef

Différentes formations destinées à l'AIC ont été répertoriées dans les écrits scientifiques et la littérature grise, notamment celles de Bateman et King (2020), Dols et al. (2021) ainsi que Spiva et al. (2020). D'ailleurs, ces formations sont présentées plus amplement dans le deuxième chapitre de cette thèse. Ces formations ont été analysées en fonction de quatre principaux mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC, qui ont émergé de la littérature consultée par l'étudiante-chercheure et qui doivent de ce fait, être pris en compte dans l'élaboration d'une formation (Jubinville, Longpré, et al., 2024). Ces derniers sont les suivants : 1) inclure du contenu de formation qui soit actualisé et complet. Il s'agit ici des cinq compétences soulevées par Plourde (2012) qui doivent être maîtrisées par l'AIC, soit : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; ainsi que la connaissance et compréhension de l'environnement de travail; 2) utiliser des principes favorisant le transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique, comme par exemple employer différentes stratégies pédagogiques; 3) s'assurer que la formation puisse être dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction; et 4) s'assurer que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé, notamment par une durée réaliste. En plus, cette formation doit pouvoir respecter l'équité, la diversité et l'inclusion (ÉDI) en s'appliquant dans tous les secteurs de soins ainsi que pour l'ensemble des AIC, peu importe leurs caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, culture, etc.). Or, l'ensemble des formations répertoriées dans le cadre d'une revue narrative des écrits que l'étudiante-chercheure a

menée, présentent des lacunes en regard d'un ou plusieurs de ces mécanismes (Jubinville, Longpré, et al., 2024). En effet, les formations n'abordent pas systématiquement les cinq compétences de l'AIC identifiées par Plourde (2012) ou présentent un contenu de formation associé à ces dernières peu développé; n'utilisent pas des principes favorisant le transfert des apprentissages dans la pratique; n'intègrent pas ou très peu de stratégies pédagogiques; ne sont pas dispensées systématiquement à l'AIC lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction; ou sont peu ou non applicables dans les établissements de soins de santé, notamment par leur durée ou mode de dispensation. Finalement, ces formations recensées ne semblent pas avoir suivi un processus scientifique de développement et de validation. Afin de pallier ces diverses lacunes, il est requis de développer et valider une formation suivant un processus scientifique visant à soutenir l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction dans le renforcement de ses compétences.

Bref, l'AIC occupe une fonction essentielle, mais complexe dans un contexte actuel qui évolue et lui octroie davantage de rôles et responsabilités. Par le fait même, elle se doit d'exercer sa fonction optimalement. Par ailleurs, des compétences cliniques et administratives sont à maîtriser par l'AIC, ce qui lui semble poser un défi sans un soutien adéquat. En effet, ces compétences spécifiques sont peu abordées dans la formation académique de l'infirmière et le soutien octroyé à l'AIC dans les établissements de soins de santé semble variable, insuffisant ou lacunaire. Ainsi, une formation standardisée développée et validée selon un processus scientifique lui permettant de renforcer ses

compétences semble la solution à envisager. Ainsi, cela justifie pourquoi il importe de pallier cette problématique en répondant aux objectifs de cette présente étude.

1.6 Objectif général, objectifs spécifiques et questions de recherche

L'objectif général de cette thèse est de développer et valider empiriquement une formation en soutien au renforcement des compétences de l'AIC. Trois objectifs spécifiques sont visés et quatre questions de recherche sont présentes.

Premier objectif spécifique : Identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC à intégrer à la formation.
Question de recherche : Quels sont les éléments clés d'opérationnalisation et de renforcement des cinq compétences de l'AIC?

Deuxième objectif spécifique : Valider empiriquement, à l'aide d'experts, la formation élaborée par l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité.
Question de recherche : Est-ce que la formation élaborée est valide et fiable?

Troisième objectif spécifique : Évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé. Questions de recherche : Quelle est la pertinence de la formation en regard des quatre niveaux d'évaluation d'une formation (réaction, apprentissage, comportement et

résultats)?; et quels sont les facteurs qui facilitent et contraignent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce deuxième chapitre présente un historique de la fonction d'AIC, une description de cette fonction et une revue narrative des écrits portant sur les formations destinées à cette dernière. Cette revue narrative des écrits est présentée par l'intermédiaire d'un article scientifique (article 1) soumis au journal *Science of Nursing and Health Practices*.

2.1 Historique de la fonction d'assistante infirmière-chef

Afin de situer l'historique de la fonction d'AIC, une recherche documentaire de la littérature grise a été menée. Les écrits de Krugman et Smith (2003), Flynn et al. (2010) ainsi que Sherman et al. (2011) relatent qu'Hinkle et Hinkle (1977a, 1977b) ont été les premiers à décrire la fonction d'AIC comme étant notamment la supervision des soins dispensés aux usagers et la gestion des interactions avec les membres de l'équipe. L'importance des responsabilités légales liées à cette fonction et d'une préparation adéquate à l'assumer était mise de l'avant. Concernant la situation au Québec, d'anciennes conventions collectives balisant la fonction d'infirmière ont été consultées. Dans la convention de 1961(Association Patronale des Services Hospitaliers de Québec Inc. et Le Syndicat Professionnel des Infirmières Catholiques de la Province de Québec, 1961) le titre correspondant à la fonction d'AIC était « assistante-officière ». Elle était définie comme étant une « infirmière laïque assistant régulièrement durant toute la semaine de travail, l'officière ou l'hospitalière dans la direction et la responsabilité du département » (p. 14). Elle recevait une prime monétaire en plus de son salaire de base d'infirmière pour la prise en charge des rôles et responsabilités supplémentaires. Ce titre a évolué dans la convention collective de 1969 (Syndicats affiliés à la Fédération nationale des services

inc., 1969) où le titre correspondant à la fonction d'AIC était « assistante-hospitalière ». Elle était définie comme une « infirmière qui partage les fonctions de l'Hospitalière et, s'il y a lieu, la remplace comme chef d'unité lors de ses absences régulières dans une unité de nursing ou dans un service hospitalier spécialisé […] » (p.151). Elle recevait également une prime monétaire. Puis, la convention collective de 1975 (Cartel des Organismes Professionnels de la Santé Inc, 1975) marquait l'entrée officielle du titre AIC. L'AIC de jour était définie comme une « infirmier(ère) qui assiste l'infirmier(ère)-chef dans ses fonctions et le(la) remplace lors de ses absences régulières dans un centre d'activités. Il(elle) collabore à l'évaluation du rendement du personnel. Il(elle) peut prodiguer des soins » (p. 138). Tout comme dans les deux dernières conventions collectives, une prime monétaire était ajoutée au salaire de base de l'infirmière. Puis, dans les conventions collectives de 1983 (Le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales et la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, 1983) et 1987 (Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers, 1987) le titre a été modifié pour « assistante-chef d'unité de soins infirmiers », mais le libellé de sa fonction était semblable à celui décrit dans la convention collective de 1975 et elle recevait également une prime monétaire. Le titre d'AIC est réapparu dans les conventions collectives de 1989 (Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 1989) et 1996 (Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 1996) avec une description de la fonction identique à celle des conventions collectives

antérieures et une prime monétaire également attribuée à l'infirmière. Finalement, le titre d'AIC utilisé depuis plusieurs années a fait son entrée comme titre d'emploi officiel avec sa propre échelle salariale dans la convention collective de l'année 2000 (Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, mis à jour 2004). L'AIC était définie comme dans les conventions collectives précédentes. Depuis, le titre d'emploi est demeuré le même, mais avec un descriptif enrichi. En effet, dans la dernière convention collective (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021a), l'AIC est définie comme étant une :

> infirmière qui assiste l'infirmière-chef ou le supérieur immédiat dans ses fonctions. Cette personne planifie, supervise et coordonne les activités d'un centre d'activités pour toute la durée de son service. Elle agit comme personne-ressource auprès de ses collègues pour la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers. Elle collabore à la conception, l'implantation, l'évaluation et à la révision de la programmation d'un centre d'activités et d'outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins. Elle collabore à l'orientation, à l'identification des besoins de formation et à l'évaluation du rendement du personnel. Elle exerce, lorsque requis, les fonctions habituelles d'infirmière. De plus, l'assistante infirmière-chef ou l'assistante du supérieur immédiat de jour remplace l'infirmière-chef ou le supérieur immédiat lors de ses absences régulières dans un centre d'activités. (p. 5)

Il est évident que la fonction d'AIC a évolué au Québec, lui octroyant ainsi davantage de rôles et responsabilités à effectuer et lui demandant des compétences en gestion clinico-administrative spécifiques pour y parvenir. De plus, à l'international, les réseaux de la santé ont également évolué, avec de nouveaux objectifs visant, entre autres, une plus grande intégration des soins et des services (Marriott & Mable, 2002; Palier, 2021). Il est donc raisonnable de penser que les rôles et responsabilités des AIC ont également subi des transformations. L'AIC représente, par le fait même, le premier niveau

formel de leadership dans son secteur de soins (Clark & Yoder-Wise, 2015). Le secteur de soins fait référence au lieu de travail de l'AIC, tel que l'urgence, le centre d'hébergement de soins de longue durée, l'unité de soins ou encore le soutien à domicile.

2.2 Description de la fonction d'assistante infirmière-chef

Afin de faire la lumière sur la fonction d'assistante infirmière-chef, une recension des écrits a été effectuée en sélectionnant les critères d'éligibilité des publications en fonction du modèle PICOT, soit :

P : Population visée – l'AIC.

I : Intervention – non applicable.

C : Comparateurs – non applicables.

O : Retombées recherchées (résultats, *outcomes*) – informations pertinentes sur la fonction et les éléments qui peuvent soutenir cette dernière (les caractéristiques requises pour exercer la fonction, ses compétences, le soutien qui lui est octroyé, etc.).

T : Période de recherche des publications (*time*) – s'étend de l'année 2015 à 2024. Ce choix est motivé par la transformation du système de santé du Québec qui a engendré une période de chamboulement ayant eu des impacts notables sur l'intensification des rôles et responsabilités de l'AIC.

Finalement, les publications devaient être rédigées en français ou en anglais, et tous les types de devis méthodologiques des publications recensées étaient acceptés.

Une stratégie de recherche a été élaborée pour cette recension des écrits en utilisant des mots-clés basés sur les critères d'éligibilité. Les mots-clés font référence à la population étudiée. Ils ont été combinés pour créer une stratégie de recherche utilisant l'opérateur booléen *OR*. Les bases de données scientifiques CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect et Cairn ont été interrogées. La stratégie de recherche complète, appliquée à chacune de ces bases de données est présentée à l'appendice A. La littérature grise a également été explorée via : la base de données ProQuest Dissertations & Theses Global (appendice A); le moteur de recherche Google Scholar; le site internet de l'OIIQ; et une source répertoriée dans une publication connue par l'étudiante-chercheure. Le diagramme de flux se retrouve à la Figure 2. À ces résultats, des écrits pour définir et décrire des concepts plus généraux (ex. définition du concept « compétence ») et sans avoir pris en compte une limite de temps (année de publication) ont été recherchés dans la littérature scientifique et grise. Ainsi, la recension des écrits présentera à la fois des publications portant spécifiquement sur l'AIC et d'autres sur des concepts plus généraux.

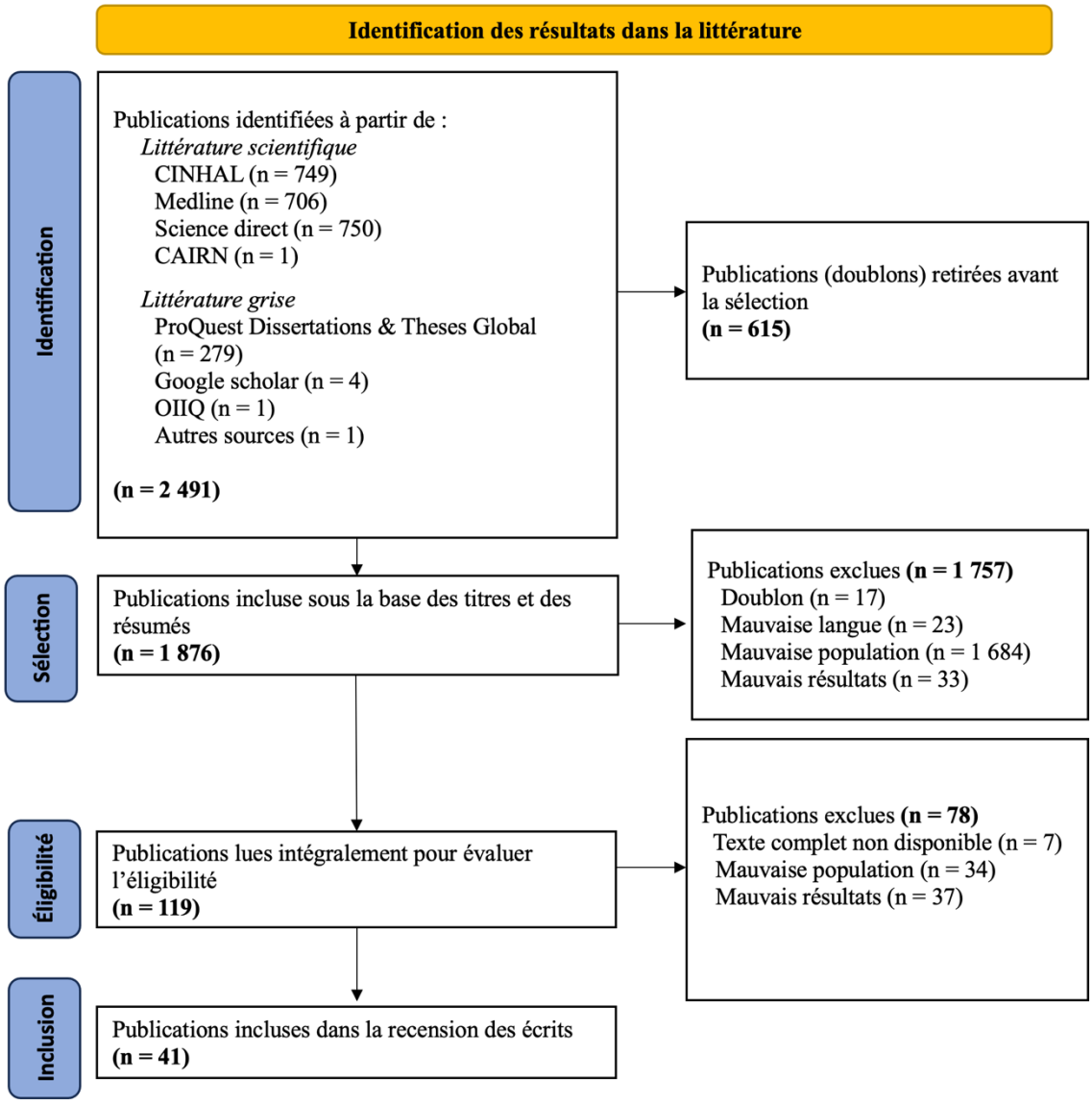


Diagramme de flux PRISMA décrivant les étapes d'identification et de sélection pour cette recension des écrits. Adapté de *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.*
Recherche effectuée le 3 août 2024 à partir des bases de données disponibles à la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Figure 2. Diagramme de flux – Recension des écrits sur l'assistante infirmière-chef

2.2.1 Fonction d'assistante infirmière-chef

2.2.1.1 Nomenclature de la fonction d'assistante infirmière-chef

Il existe très peu de littérature, tant à l'international qu'au Québec, portant sur l'AIC (Admi & Eilon-Moshe, 2016; Bérubé, 2016). En effet, en comparaison à d'autres fonctions comme celle de gestionnaire (incluant l'infirmière-chef et le supérieur immédiat), la littérature sur ce sujet est relativement limitée. L'AIC est définie comme étant une infirmière qui occupe une fonction de gestion clinico-administrative dans un établissement de soins de santé, en soutien au gestionnaire et aux membres de l'équipe œuvrant dans son secteur de soins (Jubinville et al., 2023). Un établissement de soins de santé est une entité publique ou privée, responsable d'exercer des activités liées à la mission de centres, tels que les centres hospitaliers ou encore les centres d'hébergement de soins de longue durée (Gouvernement du Québec, 2017). Quant au gestionnaire, il est défini comme étant la personne responsable de gérer un secteur de soins spécifique, dont le personnel, le matériel et le budget et de s'assurer que les normes de soins soient respectées (Brousseau, 2019). Aux États-Unis, l'AIC est communément appelée *charge nurse* (Wolf et al., 2024). Dans les autres pays, en plus de *charge nurse* (Admi & Eilon-Moshe, 2016), différentes appellations sont également utilisées, telles que *ward sister* (Balachandran, 2015), *ward leader* (Scott & Timmons, 2017), *front-line nurse leader* (Abel et al., 2020) ou *senior charge nurse* (Rankin et al., 2016). Au Québec, en fonction des établissements de soins de santé et des secteurs de soins, quatre appellations sont utilisées pour désigner l'AIC ou un titre comparable. D'abord, si l'infirmière a une formation collégiale (infirmière technicienne), elle portera le titre d'AIC ou d'assistante

du supérieur immédiat, alors que si elle a une formation universitaire (infirmière clinicienne) elle portera le titre d'infirmière clinicienne assistante infirmière-chef ou d'infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021a). Au Québec, en milieu anglophone, l'AIC est désignée, selon le secteur de soins et sa formation académique, sous le terme *assistant-head-nurse, assistant to the immediate superior, nurse clinician assistant-head-nurse* ou *nurse clinician assistant to the immediate superior* (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021b) (Tableau 1). Donc, différentes appellations dans la littérature peuvent désigner l'AIC, ce qui peut complexifier la recherche d'écrits à ce sujet.

Tableau 1. Titres comparables à l'assistante infirmière-chef

Titre de référence	Titre comparable en français	Titre comparable en anglais
Assistante infirmière-chef	• Assistante du supérieur immédiat • Infirmière clinicienne assistante infirmière-chef • Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat	• *Charge nurse* • *Ward sister* • *Ward leader* • *Front-line nurse leader* • *Senior charge nurse* • *Assistant-head-nurse* • *Assistant to the immediate superior* • *Nurse clinician assistant-head-nurse* • *Nurse clinician assistant to the immediate superior*

2.2.1.2 Prérequis pour assumer la fonction d'assistante infirmière-chef

En raison de la complexification croissante de la fonction, les établissements de soins de santé doivent faire un choix éclairé pour désigner l'infirmière qui assumera cette

fonction. Les écrits suggèrent que plusieurs critères peuvent justifier le choix d'une infirmière pour assumer la fonction d'AIC. Tout d'abord, ce choix peut reposer sur les compétences cliniques solides de l'infirmière (Holmgren et al., 2022; Turmel Courchesne, 2015), sur son ancienneté professionnelle (Turmel Courchesne, 2015) ou sur son ancienneté dans le secteur de soins (Holmgren et al., 2022; Wolf et al., 2022). De plus, ce choix peut être ponctuel et varier d'un quart de travail à l'autre, ou être fixe pour un remplacement à long terme (Bérubé, 2016). Dans son étude phénoménologique interprétative réalisée par l'intermédiaire d'entrevues auprès de 20 AIC, Dillard-Henderson (2018) relate que les établissements de soins de santé devraient choisir une AIC qui a de l'expérience dans le secteur de soins, mais également qui a reçu une formation la préparant à exercer cette fonction. D'un autre point de vue, certaines raisons motivent l'infirmière à vouloir exercer la fonction d'AIC. Avoir un contact avec les membres de l'équipe; continuer à dispenser des soins aux usagers tout en exerçant des rôles et responsabilités de gestion; détenir une autonomie au travail; et avoir une possibilité d'avancement au niveau professionnel, sont des raisons émises par les participants AIC de l'étude de Turmel Courchesne (2015). De même, pour exercer la fonction d'AIC, certaines caractéristiques (qualités et attitudes) sont requises à l'infirmière. D'abord, faire preuve de justice envers les membres de l'équipe et les usagers semble faire consensus (Dillard-Henderson, 2018; Doherty et al., 2022; Turmel Courchesne, 2015). Être équitable envers tous les membres de l'équipe ainsi que les usagers et leurs proches sans faire de favoritisme, semble être une qualité clé pour exercer cette fonction. Aussi, il est relaté qu'une infirmière qui est flexible, qui s'adapte facilement

et qui tolère l'ambiguïté semble également être des prérequis pour exercer cette fonction (Dillard-Henderson, 2018; Doherty et al., 2022; Turmel Courchesne, 2015). Effectivement, l'AIC doit pouvoir intervenir et prendre des décisions dans des situations incertaines où des directives claires sont absentes. Finalement, l'AIC doit faire preuve de collaboration avec tous (Cathro, 2016; Doherty et al., 2022). Elle doit pouvoir travailler de pair avec plusieurs professionnels et aider les membres de son équipe lorsque requis. Ainsi, il est évident que la sélection d'une infirmière pour exercer la fonction d'AIC doit être réfléchie, et repose sur plusieurs critères, dont l'expérience, la motivation et les caractéristiques propres à la personne.

2.2.1.3 Transition vers la fonction d'assistante infirmière-chef

Doherty et al. (2022) ont identifié trois phases distinctes traversées par l'infirmière lors de sa transition vers la fonction d'AIC. La première phase se nomme « Roulage vers la piste ». L'infirmière est approchée par son gestionnaire pour assumer cette fonction et la préparation variable (ex. orientation, formation, etc.) qu'elle bénéficie entraîne une fluctuation de sa motivation face à ce nouveau défi. La deuxième se nomme « décollage ». En assumant sa nouvelle fonction, l'infirmière se trouve en déséquilibre, ressentant une nervosité, apprenant à faire face à des situations inédites pour lesquelles son expérience antérieure ne l'avait pas préparée, et devant valider fréquemment ses décisions auprès de son gestionnaire ou de ses collègues AIC. Enfin, la troisième phase se nomme « atteindre l'altitude de croisière ». L'AIC gagne en assurance dans l'exercice de sa fonction, devenant une ressource pour les membres de son équipe, tout en étant consciente que ses

interventions et décisions sont observées par son gestionnaire. Ainsi, la transition de la fonction d'infirmière à celle d'AIC peut s'avérer difficile, en raison : de l'inconnu; des nombreux imprévus qui peuvent survenir; du manque de soutien pour se préparer; de la quantité d'informations à assimiler; et du changement de statut associé à la nouvelle fonction de gestion clinico-administrative lui conférant un rôle de soutien auprès de son gestionnaire et de ses collègues (Finical, 2021; Turmel Courchesne, 2015). Il demeure que cette fonction est stressante (Admi & Eilon-Moshe, 2016). En effet, Admi et Eilon-Moshe (2016) dans leur étude transversale descriptive ont distribué un questionnaire validé visant à évaluer le niveau de stress de l'AIC en fonction de quatre facteurs : les plaintes formulées par les usagers et leurs proches; le manque de ressource; la charge de travail; et les conflits entre membres de l'équipe. Ce fut 2 616 AIC provenant de trois pays distincts (Israël, Ohio et Thaïlande) qui ont répondu à ce questionnaire. Les résultats indiquent un niveau de stress moyen, avec une évaluation de 2,84 sur 5 (la côte 5 représentant « beaucoup »). Des résultats semblables ont émergé de l'étude transversale descriptive de Finical (2021) qui a interrogé, par l'intermédiaire d'entrevues semi-dirigées, huit AIC. Plus de la moitié des participants ont signifié se sentir dépassé, stressé, effrayé, perdu et seul en regard de leur fonction d'AIC.

À ce stress s'ajoutent un manque de clarté et une présence d'ambiguïté concernant cette fonction (Morris, 2019; Pryby, 2016) qui peut entraîner de la frustration chez l'AIC (Abel et al., 2020). En effet, il existe une ambiguïté entre la fonction d'AIC et celle du gestionnaire (Bérubé, 2016). Par ailleurs, la fonction d'AIC semble varier d'un

établissement de soins à un autre, et même d'un secteur de soins à un autre au sein d'un même établissement, selon le gestionnaire en place (Bérubé, 2016; Lessard, 2018). Cette situation fait en sorte que l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction ne connaît pas les attentes à son égard ni les rôles et responsabilités liés à sa fonction, rendant l'exercice optimal de celle-ci particulièrement difficile (Turmel Courchesne, 2015). Finalement, bien que l'AIC occupe une importante fonction dans le réseau de la santé, les gestionnaires des établissements de soins de santé semblent peu se soucier de cette ambiguïté (Yaghobian et al., 2020), malgré qu'une compréhension claire de cette fonction soit nécessaire pour que l'AIC puisse l'exercer de façon sécuritaire et optimale (Lessard, 2018). Il est donc primordial de clarifier cette fonction grâce à un soutien approprié portant notamment sur les attentes envers la fonction d'AIC, ainsi que sur les compétences requises pour l'exercer.

2.2.2 Compétences requises à la fonction d'assistante infirmière-chef

2.2.2.1 Définition de la compétence

Le concept de compétence a grandement évolué au fil du temps. Tardif (2006) dans ses écrits, définit la compétence comme étant « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). D'ailleurs, il décrit cinq caractéristiques distinctes associées à une compétence, soit que son caractère est intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel, et évolutif. Pour sa part, Le Boterf (2018) a énoncé une définition duale de la compétence. Celle-ci se définit par le fait d'« être compétent » et

d'« avoir des compétences ». Spécifiquement, « être compétent », signifie « un processus consistant à « savoir agir » en situation professionnelle en mobilisant une combinaison appropriée de ressources internes personnelles […] et externes […] et en faisant appel à l'usage de fonctions de guidage » (p. 57). Ainsi, « être compétent » c'est réaliser une pratique professionnelle pertinente par rapport à ce que la situation le demande, tout en mobilisant ses ressources personnelles. Alors que « avoir des compétences » signifie « une ressource personnelle nécessaire pour savoir agir en situation professionnelle » (p. 57). C'est d'ailleurs la définition de cet auteur qui est sélectionnée dans le cadre de cette thèse. Malgré l'évolution de ce concept au fil du temps, il demeure un consensus lié à la mobilisation de ressources internes et externes ainsi qu'un savoir-agir.

Dans le même sens, la compétence professionnelle se développe notamment par la pratique réflexive, l'expérience (tant personnelle que professionnelle), l'apprentissage continu, le mentorat, ainsi que la collaboration intra et interprofessionnelle et elle se traduit ensuite dans le savoir-agir de l'AIC (Cara et al., 2016; Pepin et al., 2024). Le savoir-agir combine trois différents savoirs. Le *savoir*, regroupe les savoirs infirmiers de l'AIC : empirique (la science infirmière); esthétique (l'art infirmier); personnel (la compréhension de soi et de l'autre pour s'engager dans une relation authentique); éthique (la dimension morale); et émancipatoire (la praxis) (Milhomme et al., 2014; Pepin et al., 2024). Le *savoir-être*, reflète la manière dont l'AIC se comporte et interagit (Cara et al., 2016), alors que le *savoir-faire* démontre notamment les habiletés techniques de l'AIC (Cara et al., 2016). Ainsi, les compétences de l'AIC se manifeste dans son savoir-agir.

2.2.2.2 Compétences, sous-compétences, rôles et responsabilités de l'assistante infirmière-chef

La fonction d'AIC requiert à la fois des compétences cliniques et administratives (clinico-administratives). En effet, les compétences cliniques incluent celles nécessaires pour exercer la fonction d'infirmière, telles que le jugement critique et l'évaluation clinique (Lessard, 2018). Quant à elles, les compétences administratives réfèrent davantage au travail administratif (Lessard, 2018). En ce sens, Plourde (2012) a élaboré un référentiel des compétences pour l'AIC œuvrant à l'urgence au Québec qui se compose de cinq compétences : le leadership; la communication interpersonnelle; la capacité de résolution de problèmes; le *caring* clinico-administratif; ainsi que la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Comme Plourde (2012) n'a pas défini explicitement chacune de ces compétences, des définitions générales ont été recherchées auprès d'auteurs complémentaires (Tableau 2) et l'étudiante-chercheure a élaboré une définition appliquée à l'AIC pour chacune d'elles (Tableau 2). Plourde (2012) précise que ces cinq compétences se déclinent en 23 sous-compétences représentées au Tableau 3, telles que faciliter le changement, écouter, apporter du soutien, gérer les conflits et être orienté vers les usagers et les résultats.

Tableau 2. Définitions des compétences de l'assistante infirmière-chef

Compétence	Définition générale	Définition appliquée à l'AIC
Leadership	Processus visant à influencer et engager les personnes pour atteindre des objectifs, en mettant l'accent sur les personnes et l'innovation (Kennedy et al., 2022; Yoder-Wise et al., 2020).	L'AIC influence et mobilise les personnes l'entourant pour atteindre les objectifs visés dans son secteur de soins, en établissant des relations de confiance, en étant partie prenante des changements tout en considérant individuellement chaque personne.
Communication interpersonnelle	Transmission par une personne d'un signal, un message ou une information à une autre personne qui le reçoit et le décode (Office québécois de la langue française, 2001).	L'AIC transmet un message verbal ou non verbal, écoute les messages qui lui sont transmis et entre en relation avec les différentes personnes l'entourant.
***Caring* clinico-administratif**	« Un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la personne afin de favoriser sa santé » (Cara et al., 2015) (p. 4).	L'AIC a une approche humaniste et collaborative avec les personnes l'entourant, favorisant une culture de croissance, de développement et d'autonomie, fondée sur les principes de respect et de soutien.
Capacité de résolution de problèmes	Comprendre un problème ou une situation professionnelle et mettre en œuvre des actions appropriées pour le résoudre (Gouvernement du Canada, 2016).	L'AIC adresse les problématiques surgissant dans son secteur de soins en les analysant, en ayant une vision de globalité, en s'adaptant et en coordonnant le tout.
Connaissance et compréhension de l'environnement de travail	Possède une connaissance des politiques, procédures, objectifs, rôles et responsabilités, attentes de performance et de l'organisation du travail (Turmel Courchesne, 2015).	L'AIC a une connaissance et une compréhension des objectifs de l'établissement de soins de santé et de son secteur de soins, des documents d'encadrement applicables à son secteur de soins et des personnes-ressources vers lesquelles elle peut se tourner pour obtenir des conseils.

Tableau 3. Compétences et sous-compétences de l'assistante infirmière-chef

Compétence :	**Leadership**	**Communication interpersonnelle**	***Caring* clinico-administratif**	**Capacité de résolution de problèmes**	**Connaissance et compréhension de l'environnement de travail**
Sous-compétence :	Mobiliser Faciliter le changement Être proactif Établir une relation de confiance Négocier Collaborer Potentialiser les forces de chacun	Écouter S'exprimer Valider la compréhension de l'interlocuteur	Avoir une approche humaniste Avoir un esprit d'ouverture et d'altruisme Favoriser l'expression des sentiments avec empathie Apporter du soutien Accompagner les autres dans leur développement	Avoir une vision de globalité Analyser et synthétiser Avoir du jugement critique et prendre des décisions Créer et innover S'adapter (contrôle de soi, confiance en soi, gérer ses émotions, persévérer) Gérer les conflits Coordonner (être organisé, déléguer, respecter les champs d'exercices de chacun, gérer le temps)	Être orienté vers les usagers et les résultats

Adaptation de Plourde (2012)

Ces cinq compétences ainsi que leurs sous-compétences sont identifiables dans les écrits de plusieurs auteurs. En effet, Doherty et al. (2022) ont mené une étude qualitative descriptive aux États-Unis qui avait pour but de décrire l'expérience de la transition du statut d'infirmière à AIC. À la suite d'entrevues semi-dirigées avec 14 participants, les résultats ont démontré que la compétence « communication interpersonnelle » et les sous-compétences « avoir du jugement critique et prendre des décisions », « gérer les conflits » et « être orienté vers les usagers et les résultats » sont nécessaires pour devenir un leader efficace. Les compétences « leadership » et « *caring* clinico-administratif » ou une de leurs sous-compétences n'ont pas été identifiées par les participants. Quant à Dols et al. (2021) aux États-Unis, ils ont réalisé une étude non expérimentale à échantillon unique avec mesures répétées auprès de 24 AIC pour déterminer l'efficacité d'une formation pour l'AIC fondée sur les données probantes. Ils ont intégré à leur formation les compétences « leadership » et « communication interpersonnelle » ainsi que les sous-compétences « collaborer », « accompagner les autres dans leur développement », « avoir du jugement critique et prendre des décisions » et « coordonner ». Il n'y a que la compétence « connaissance et compréhension de l'environnement de travail » ou sa sous-compétence qui n'a pas été incluse à la formation. Les résultats de leur étude ont été positifs, notamment avec une satisfaction au travail et une confiance en soi accrues chez les participants AIC, ainsi qu'une augmentation du taux de rétention des infirmières dans le secteur de soins. Pour leur part, Mosier et al. (2019) aux États-Unis ont élaboré un programme de certification de leadership pour l'AIC qu'ils ont mis en œuvre auprès de 614 AIC. Ils ont intégré à leur programme de certification les compétences « leadership »,

« communication interpersonnelle » et « connaissance et compréhension de l'environnement de travail » ainsi que les sous-compétences « faciliter le changement », « accompagner les autres dans leur développement », « avoir du jugement critique et prendre des décisions », « gérer les conflits » et « coordonner ». Ainsi, les cinq compétences ou une de leurs sous-compétences ont été intégrées à ce programme de certification. Les participants AIC ont apprécié la formation et un taux de rétention de 99 % auprès des AIC a été observé. Puis, Turmel Courchesne (2015) dans son mémoire de maîtrise au Canada a utilisé une approche qualitative de type descriptif et procédé à des entrevues semi-dirigées auprès de six AIC et trois gestionnaires. Son étude avait pour but, entre autres, d'identifier les compétences requises à la fonction d'AIC en milieu hospitalier du point de vue des participants. Les participants AIC ont nommé les compétences « leadership », « communication interpersonnelle » et « capacité de résolution de problèmes » ainsi que les sous-compétences « mobiliser », « faciliter le changement », « établir une relation de confiance », « négocier », « collaborer », « potentialiser les forces de chacun », « écouter », « favoriser l'expression des sentiments avec empathie », « apporter du soutien », « accompagner les autres dans leur développement », « avoir une vision de globalité », « avoir du jugement critique et prendre des décisions », « s'adapter », « gérer les conflits » et « coordonner ». Il n'y a que la compétence « connaissance et compréhension de l'environnement de travail » ou sa sous-compétence qui n'a pas été identifiée par les participants AIC. Finalement, Yaghobian et al. (2020) en Iran, ont procédé à une revue systématique et à une synthèse thématique afin de déterminer les compétences requises à l'exercice de la fonction d'AIC.

Des 24 publications retenues, six thèmes ont émergé et des composantes leur étaient liées. Ainsi, un thème ou une composante faisaient référence aux compétences « leadership », « communication interpersonnelle » et « capacité de résolution de problèmes ». Les sous-compétences suivantes ont été abordées : « accompagner les autres dans leur développement », « avoir du jugement critique et prendre des décisions », « s'adapter », « coordonner » et « être orienté vers les usagers et les résultats ». En somme, l'ensemble des cinq compétences ou une de leurs sous-compétences ont été présentes dans l'analyse des auteurs. Donc, à la lumière de ces constats, il est envisageable de statuer sur le fait que les compétences et sous-compétences nommées par Plourde (2012) semblent faire consensus et sont ainsi pertinentes à la description de l'exercice de la fonction d'AIC.

Concrètement, ces compétences et sous-compétences s'opérationnalisent dans la pratique de l'AIC par des rôles et responsabilités de nature clinique et administrative (Admi & Eilon-Moshe, 2016). Par exemple au niveau clinique, l'AIC : agit à titre d'experte clinique et de personne-ressource pour les membres de l'équipe; supervise l'application des normes et des standards de la pratique professionnelle pour assurer une qualité ainsi qu'une sécurité des soins offerts aux usagers; s'assure de l'utilisation optimale et de la mise à jour des outils de travail en vigueur; et peut dispenser des soins aux usagers (Escrig-Pinol et al., 2019; Grégoire & Labrecque, 2020; Plourde, 2012). Au niveau administratif, elle : collabore à l'atteinte des objectifs de son secteur de soins; coordonne et répartit les activités de soins aux membres de l'équipe en évaluant la charge de travail du secteur de soins; et coordonne les activités se déroulant dans le secteur de

soins afin d'assurer l'accessibilité aux soins et l'offre de service de qualité (Grégoire & Labrecque, 2020; Husebø & Olsen, 2019; Plourde, 2012; Wheeler, 2021).

Donc, en somme, pour exercer optimalement sa fonction, l'AIC doit acquérir et renforcer cinq compétences, déclinées en 23 sous-compétences, qui se manifestent dans la pratique à travers divers rôles et responsabilités cliniques ou administratifs (Figure 3).

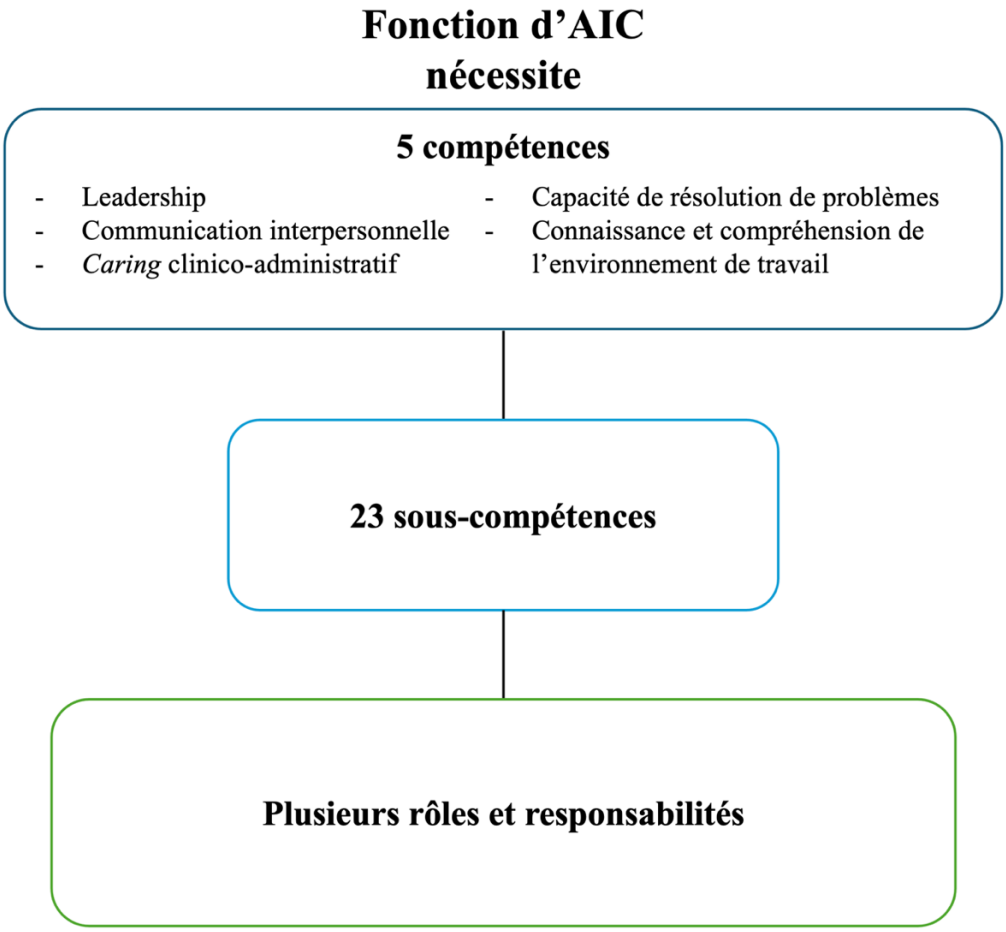


Figure 3. Compétences, sous-compétences, rôles et responsabilités

L'exercice optimal de la fonction d'AIC importe puisqu'il impacte, tant au niveau des usagers, des membres de l'équipe que de l'établissement de soins de santé. Il contribue par exemple, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Andronico et al., 2019; Broussard, 2017; Yaghobian et al., 2020); à la satisfaction tant des usagers que des membres de l'équipe de soins (Delamater & Hall, 2018; Millard et al., 2024); à l'amélioration du fonctionnement global et de l'efficacité du secteur de soins (Bateman & King, 2020; Kramer & Davies, 2021; Longo et al., 2016); à une meilleure rétention des membres de l'équipe (Teran & Webb, 2016); et à une réduction des dépenses financières dans le secteur de soins (Spiva et al., 2020). Tous ces constats justifient l'importance de soutenir l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction.

2.2.3 Stratégies de soutien offertes à l'assistante infirmière-chef

Le soutien offert à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction est peu documenté dans la littérature (Kramer & Davies, 2021; Lessard, 2018), toutefois, il appert que l'AIC n'est pas suffisamment préparée par l'intermédiaire de soutien, à exercer sa fonction (Finical, 2021; Wolf et al., 2022). En effet, les participantes AIC de l'étude qualitative de Lessard (2018) affirment que le soutien qui leur est octroyé est insuffisant, qu'elles manquent d'outils à leur soutien quotidien et manquent de formation leur permettant un plein exercice de leur fonction. En effet, Rankin et al. (2016) réfèrent Stoddart et al. (2014) pour souligner que l'absence de soutien adéquat constitue un obstacle à l'exercice efficace de la fonction d'AIC.

À la lumière des écrits recensés, trois types de soutien semblent faire consensus, soit l'orientation, le mentorat et la formation (théorique). Par ailleurs, ces termes sont parfois utilisés de manière interchangeable dans les publications. À titre d'exemple, le programme d'orientation à la fonction d'AIC d'Andronico et al. (2019) inclut également de la formation.

Tout d'abord, l'orientation est définie comme un jumelage entre une AIC expérimentée et une AIC qui exerce nouvellement sa fonction, permettant à la nouvelle recrue d'apprendre l'organisation, la routine de travail et les spécificités du secteur de soins en étant guidée par la professionnelle expérimentée (Lindfors et al., 2018; Sheets, 2015). Les participants des études de Doherty et al. (2022), Finical (2021) et Wolf et al. (2022) affirment avoir bénéficié d'une période d'orientation à leur début à titre d'AIC. D'ailleurs, il est relaté que l'orientation actuellement offerte à l'AIC qui débute sa fonction est bien souvent de nature informelle et limitée à la routine de travail spécifique au secteur de soins, en plus d'être dispensée par une AIC qui initialement n'a pas été préparée adéquatement elle-même à exercer cette fonction (Teran & Webb, 2016). Ainsi, l'orientation actuellement disponible dans les établissements de soins de santé ne semble pas, à elle seule, une stratégie suffisante pour favoriser le renforcement optimal des compétences requises à l'exercice de la fonction d'AIC.

Le mentorat est défini comme une relation d'aide entre une AIC expérimentée (mentore) et une AIC qui exerce nouvellement la fonction (mentorée), afin de permettre

le développement professionnel de cette dernière (Office québécois de la langue française, 2020). Les participants des études de Doherty et al. (2022) et Finical (2021) ont bénéficié de soutien par l'intermédiaire de mentorat. L'orientation et le mentorat sont deux stratégies distinctes, mais complémentaires. En effet, l'orientation s'effectue sur une brève période, alors que le mentorat se déroule sur une période de temps plus longue, où une relation d'accompagnement entre le mentor et le mentoré est présente (Lessard, 2018).

Finalement, la formation est définie comme un ensemble d'activités organisées dans le but de développer les connaissances, les compétences et les attitudes des personnes, afin d'améliorer leur efficacité et leur efficience (Rivard & Lauzier, 2024). Les participants aux études de Doherty et al. (2022), Balachandran (2015), Finical (2021) et Wolf et al. (2022) ont reçu une formation à leur arrivée en tant qu'AIC. Il est recommandé qu'une formation soit dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction (Finical, 2021), au même titre qu'une nouvelle infirmière en reçoit habituellement une. Une formation standardisée, offrant des lignes directrices claires pour la fonction à exercer est donc essentielle (Balachandran, 2015; Finical, 2021; Holmgren et al., 2022), tant pour l'AIC nouvellement en poste que pour celle qui occupe la fonction en remplacement (Hata, 2019; Lessard, 2018; Morris, 2019). Il est démontré que de participer à une formation a des impacts considérables sur l'amélioration de la qualité des soins ainsi que sur l'augmentation des connaissances de l'AIC, de son aisance et de sa confiance en elle (Balachandran, 2015; Holmgren et al., 2022).

Il est rapporté que la formation doit être élaborée en y intégrant du contenu spécifique aux compétences requises à la fonction d'AIC, avec des éléments directement applicables à la fonction (Dols et al., 2021). De ce fait, des exemples concrets doivent être donnés aux participants et des stratégies pédagogiques doivent être intégrées à la formation. Une stratégie pédagogique désigne les stratégies utilisées pour enseigner et permettre aux participants de s'exercer (Rivard & Lauzier, 2024) (ex. étude de cas, jeu de rôle). En ce qui concerne le mode de dispensation, les participants des études de Wolf et al. (2024) et Medero et al. (2023) préfèrent la formation en présentiel (en classe), car elle favorise les échanges et les apprentissages entre collègues. De plus, selon l'étude transversale descriptive de Bambao (2017), une formation d'une journée par mois pendant un an, ou une formation de deux jours avec un intervalle d'une semaine à un mois entre les deux jours sont également préférées par les participants.

2.3 Formations destinées à l'assistante infirmière-chef

2.3.1 Article 1. Supporting charge nurses through training: A narrative review

Pour faire suite à ces constats, une revue narrative des écrits a été menée afin d'identifier la littérature qui décrit une formation destinée à l'AIC. Les résultats de cette revue narrative font l'objet d'une publication.

Titre de l'article : Supporting charge nurses through training: A narrative review

Auteurs : Maripier Jubinville (MJ), Caroline Longpré (CL), Éric Tchouaket Nguemeleu (ÉTN) et Stephanie Robins (SR)

Contribution des auteurs :

Maripier Jubinville, étudiante-chercheure, est l'auteure principale de cet article. Elle a : procédé à la conception de l'étude; élaboré la stratégie de recherche; révisé la stratégie de recherche; sélectionné les publications en fonction des critères d'éligibilité; extrait les données; analysé et interprété les données; rédigé l'article; participé à la traduction de l'article; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soumis l'article.

Caroline Longpré et Éric Tchouaket Nguemeleu ont : révisé la stratégie de recherche; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soutenu l'étudiante-chercheure.

Stephanie Robins a : collaboré à l'extraction des données; traduit l'article; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soutenu l'étudiante-chercheure.

Nom de la revue : Science of Nursing and Health Practices

Date de soumission : 5 février 2024 (appendice B)

Statut de l'article : Soumis

Title: Supporting charge nurses through training: A narrative review

Titre : Soutien à l'assistante infirmière-chef par le biais d'une formation : Une revue narrative

2.3.1.1 Abstract

Background: The charge nurse (CN) position entails roles and responsibilities of a clinical and administrative nature requiring notably five skills: leadership; interpersonal communication; clinical-administrative caring; the capacity to problem solve; and knowledge and understanding of the healthcare environment. To promote understanding and master this position, CN training should encompass four mechanisms based on clinical governance model where: the content covers the above skills; uses principles to promote transfer of training; is systematically provided to CN who have newly assumed their position; and is feasible in healthcare institutions. **Objective:** To identify literature that describes CN training and summarize its relevance regarding mechanisms that promote understanding and mastery of the CN position. **Method:** A narrative review of CN training was conducted. CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect, and Cairn databases were queried to identify articles on CN training that addressed at least one of the above skills, published between January 2000 and May 2022, in French or English. Article content was analyzed using a data extraction table, based on a clinical governance model. **Results:** The 29 retained articles presented CN training. The articles addressed the following skills: leadership (n=27), capacity to problem solve (n=25), interpersonal communication (n=24), clinical-administrative caring (n=12) and knowledge and

understanding of the work environment (n=9). No training used principles to promote transfer of training, however several pedagogical strategies were used. Only one article stated that the training developed was implemented as standard practice for the new CN. In term of feasibility, trainings varied between 4 and 64 hours and many modes of delivery were identified. **Conclusion:** The literature reveals that training for CN is not comprehensive in relation to the clinical governance model more specifically in terms of the four mechanisms that promote understanding and mastery of this position. Considering the importance of supporting the CN when they newly assume their position, to reinforce their skill base it is essential to provide a high-quality training, systemically, in their healthcare institution.

Keywords: charge nurse, training, skills, transfer of training, clinical governance, narrative review.

2.3.1.2 Résumé

Introduction : La fonction d'assistante infirmière-chef (AIC) implique des rôles et responsabilités cliniques et administratifs requérant notamment cinq compétences : leadership; communication interpersonnelle; *caring* clinico-administratif; capacité de résolution de problèmes; et connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Pour favoriser la compréhension et la maîtrise de sa fonction, l'AIC doit avoir accès à une formation qui prend en compte quatre mécanismes issus d'un modèle renouvelé de gouvernance clinique : inclure du contenu de formation qui aborde les cinq compétences; utiliser des principes pour favoriser un transfert des apprentissages; s'assurer que la formation puisse être dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction; et s'assurer que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé. **Objectif :** Identifier la littérature portant sur les formations existantes destinées à l'AIC et évaluer leur pertinence en regard des mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. **Méthode :** Une revue narrative a consisté à interroger les bases de données CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect et Cairn pour identifier les articles abordant une formation destinée à l'AIC, au moins une des compétences visées, publiés entre janvier 2000 et mai 2022 et rédigés en français ou en anglais. Les articles ont été analysés à l'aide d'un tableau d'extraction des données, élaboré à partir du modèle de gouvernance clinique. **Résultats :** Les 29 articles retenus ont présenté une formation existante destinée à l'AIC. Ces dernières ont abordé les compétences suivantes : leadership (n=27), capacité de résolution de problèmes (n=25), communication interpersonnelle (n=24), *caring* clinico-administratif (n=12) et connaissance et

compréhension de l'environnement de travail (n=9). Aucune formation ne mentionne avoir utilisé des principes favorisant le transfert des apprentissages, cependant plusieurs stratégies pédagogiques ont été intégrées. Un seul article mentionne que la formation est maintenant une norme de pratique pour la nouvelle AIC. Au niveau de l'applicabilité, la durée des formations varie entre 4 et 64 heures et plusieurs modes de dispensation de la formation ont été répertoriés. **Conclusion :** La littérature analysée révèle que les formations disponibles recensées pour l'AIC présentent des lacunes par rapport au modèle de gouvernance clinique, précisément en regard des quatre mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. Considérant l'importance de soutenir l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction pour renforcer ses compétences, il est requis de lui offrir systématiquement, dans son établissement de soins de santé, une formation de qualité.

Mots-clés : assistante infirmière-chef, formation, compétences, transfert des apprentissages, gouvernance clinique, revue narrative.

2.3.1.3 Background

Charge nurse position

A charge nurse (CN) is an important resource within healthcare institutions. The position comes with roles and responsibilities of both a clinical and administrative nature. Described as a clinical-administrative management position, the CN supports the manager (nurse or other professionals) in their care environment (Jubinville et al., 2023). More specifically, clinical roles and responsibilities include serving as a clinical expert in nursing care in support of colleagues, while the administrative roles and responsibilities refer to respecting administrative processes and procedures, for example, the coordination of human resources (Plourde, 2012). This position exists in nearly all healthcare institutions and is performed in a similar manner in all care sectors, irrespective of shifts. As a result, a significant number of nurses are employed this position. In the province of Quebec (Canada), there are approximately 6,903 CNs, representing 8,38% of active nurses with the full rights to practice (Normand, 2024). Here, they may be called *assistante du supérieur immédiat* (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021a) and in English-speaking healthcare institutions assistant head nurse (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021b). In other countries, such as the United States, the term CN is used (Wolf et al., 2024), while in the United Kingdom, ward sister, ward leader, senior CN, or CN is used (Firth, 2002; Rankin et al., 2016; Scott & Timmons, 2017; Westcott, 2016).

According to Sheets (2015) and Rankin et al. (2016), the position of CN is complex and demanding, and requires upholding appropriate standards in the delivery of care and promoting interprofessional interactions that include patients. The literature suggests that the CN is indispensable and fundamental in ensuring the highest quality and safety of care in healthcare institutions (Rankin et al., 2016). Specifically, the CN is a leader (Spiva et al., 2020) and a pivotal resource (Turmel Courchesne, 2015) who contributes to patient satisfaction (Bateman & King, 2020). As healthcare institutions have evolved and restructured over time, so has the position of CN. In Sweden, for example, since 1980 reforms have focused on decentralizing the healthcare network and integrating a results-oriented approach to provide quality care while managing growing healthcare costs (Desjourdy, 2009). Quebec's healthcare system is no exception. A significant organizational change, Law 10, included the modification of the organization and governance of the health and social services network, in particular to abolish regional agencies (Éditeur officiel du Québec, 2024). Among other things, this abolished 1300 managerial positions (Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, 2019). These changes increased the territory that each manager must cover. Managers have greater roles and responsibilities that have also become more complex, making it more difficult to provide hands-on management to employees (Dubois, 2023). This overload of work has had repercussions for CN who have inevitably seen their responsibilities amplified in the context of intermittent managerial presence. As a result, the CN must further strengthen their skills and expertise in clinical-administrative

management to respond to the current context and act in a complementary manner with their manager (Bérubé, 2016).

According to Plourde (2012), five clinical-administrative management skills are essential for the position of CN: leadership; interpersonal communication; clinical-administrative caring; the capacity to problem solve; and knowledge and understanding of the healthcare environment. These skills can be subdivided into sub-skills (Table 4) and are used in practice through specific roles and responsibilities. According to Le Boterf (2018) 'Being competent' refers to 'a process consisting of "knowing how to act" in a professional situation by mobilizing an appropriate combination of internal personal […] and external resources […] and by making use of guidance mechanisms'. Furthermore, 'having skills' means having 'the personal resources necessary to know how to act in a professional situation'. 'Being competent' and 'having skills' are important for the CN in executing their roles and responsibilities. However, these skills are poorly addressed in the education of nurses, and the CN receives little formal support when they have newly assumed their position (Westcott, 2016; Yaghobian et al., 2020). Furthermore, if the CN benefits from training, it may not be relevant nor include all the required skills. This could explain why the CN is not sufficiently equipped to deal with complex situations and may not master the skills required for this position (Plourde, 2012; Teran & Webb, 2016).

Table 4. CN skills and sub-skills

Skills:	**Leadership**	**Interpersonal communication**	**Clinical-administrative caring**	**Capacity to problem solve**	**Knowledge and understanding of the healthcare environment**
Sub-skills:	To mobilize To facilitate change To be proactive To establish a relationship of trust To negotiate To collaborate To make use of the strengths of individuals	To listen To express themselves To verify that information is understood by others	To have a humanistic approach To have a spirit of openness and altruism To promote the expression of feelings with empathy To provides support To accompany others in their development	To have a global vision To have the ability to analyze and synthesize To have critical judgement and sound decision making To create and innovate To adapt (self-control, self-confidence, managing emotions, perseverance) To manage conflict To coordinate (to be organized, to delegate, respect others' fields of practice, manage time)	To be oriented towards patients and results

Adapted to Plourde, 2012

Strategies to support the charge nurse

Different strategies to support new CN exist and are offered; one example describes an orientation program which tends to be informal, focused more on the specific activities of the healthcare setting and less on the specific skills required by the CN (Teran & Webb, 2016). However, these support strategies alone seem to provide insufficient reinforcement of the five CN skills (Lessard, 2018). Coupled with the lack of support for optimal skill building, there is a gap between the complex expectations placed on the CN in the workplace and their capacity to meet them (Spiva et al., 2020). CN are faced with increasingly complex care, particularly as the population is ageing but also due to the necessity of keeping patient's length of stay as short as possible (Gouvernement du Québec, 2023a). This, along with the responsibilities from restructuring in healthcare institutions, means they must develop and strengthen their clinical and administrative management skills. Accordingly, CN who newly assume their position require systematic training (Lessard, 2018). From the literature, we have identified four main mechanisms for promote understanding and mastery of the CN position. Support should be offered through training content that covers the five specific CN skills named by Plourde (2012). Following this, principles promoting the transfer of training must be used in training development and delivery. Transfer of training is defined by Baldwin and Ford (1988) as the extent to which trainees apply the knowledge, skills and attitudes learned in training to their work. The authors propose that, when developing training, the following essentials principles should be taken into consideration: (i) the characteristics of the trainees (motivation, personality factors and individual capacities); (ii) the training design (use of

pedagogical strategies, sequence and training content); and (iii) the work environment (support from the manager responsible and opportunities to put into practice what has been learned). This combination is necessary to learn and retain information and to generate and retain new learning (Baldwin & Ford, 1988). Then, training should be systematically provided when they assume their position. CN that received standardized training at hire emphasized how it clarified their roles and responsibilities and made them feel more confident (Lessard, 2018). The training must be also feasible for healthcare institutions by considering both the length of training and its mode of delivery. It is important to maximize trainee learning within the time restrictions of a planned training session (Rivard & Lauzier, 2024). Short and progressive training sessions are preferred to intensive training sessions extending over long periods, as it maximizes the acquisition of new knowledge and its transfer into practice immediately following training (Rivard & Lauzier, 2024). Also, the mode of delivery (in person, online, including a preceptor, etc.) is determined based on the objectives of the training (Rivard & Lauzier, 2024).

Delamater and Hall (2018) conducted a literature review of CN supportive training that retained nine articles. The authors summarized the training for: content; pedagogical strategies used; length of training; mode of delivery; and outcomes generated at different levels, including on leadership and user satisfaction. However, with regard to the mechanisms that support CN in understanding and mastering their position (i.e., training content that covers the five specific CN skills; uses principles to promote transfer of training; be systematically provided when the CN newly assumes their position; and be

feasible in healthcare institutions), the authors did not describe or evaluate if transfer of training was taken into account, either in the training's development or implementation. There was also no analysis of whether the training was systematically delivered. These mechanisms are recognized as important and should be integrated into the training. It is therefore essential to conduct a literature review to evaluate trainings developed for the CN and analyze the extent to which they integrate the above-mentioned mechanisms. To the best of our knowledge, no such review has been conducted.

2.3.1.4 Objective

The purpose of this narrative review is to identify literature that describes CN training and summarize its relevance regarding mechanisms that promote understanding and mastery of the CN position. The research questions are:

- What training is available for CN to support them in their position?
- Which of the mechanisms are incorporated into the training offered to the CN that promote understanding and mastery of the CN position?

2.3.1.5 Conceptual model

The conceptual model used in this narrative review is based on an adaptation of the Brault et al. (2008) model of clinical governance, named in our research the "Training Model for Charge Nurses" (TMCN) (Figure 4). The principal researcher (MJ) adapted this model, and two senior researchers (CL, ÉTN) validated it to ensure that the concepts incorporated met the intended objectives without altering it (consensual validation). This

model simultaneously integrates all the necessary systems to be taken into consideration to strengthen the skills of the CN and combines elements related to: 1) skills based on expertise which is a dimension of the clinical system; 2) the mobilization of knowledge which is a dimension of the clinical governance system; and 3) the organizational structure (formal training structure) which is a dimension of the management system. Each of the above-mentioned four mechanisms are distributed across these three systems.

1) Skills based on expertise

This part of the clinical system is the focus of the CN's position. In this review the system is operationalized through the five CN skills (Plourde, 2012) and linked to the mechanism "training content that covers the five specific CN skills".

2) Mobilization of knowledge

This component of the clinical governance system supports clinical and management initiatives focused on the quality of care, clinical excellence, and institutional performance (Brault et al., 2008). In this study, it represents the application of knowledge acquired during training to the workplace as operationalized by Baldwin and Ford (1988). This component is linked to the mechanism "uses principles to promote the transfer of training". For this analysis we will focus on the pedagogical strategies used.

3) Organizational structure (formal training structure)

This part of the management system supports professionals by providing formal supervisory structures (Brault et al., 2008). The associated mechanisms are that "training be systematically provided when the CN newly assumes their position; and training be feasible in healthcare institutions", respectively. For the latter, we will focus on the length and mode of delivery.

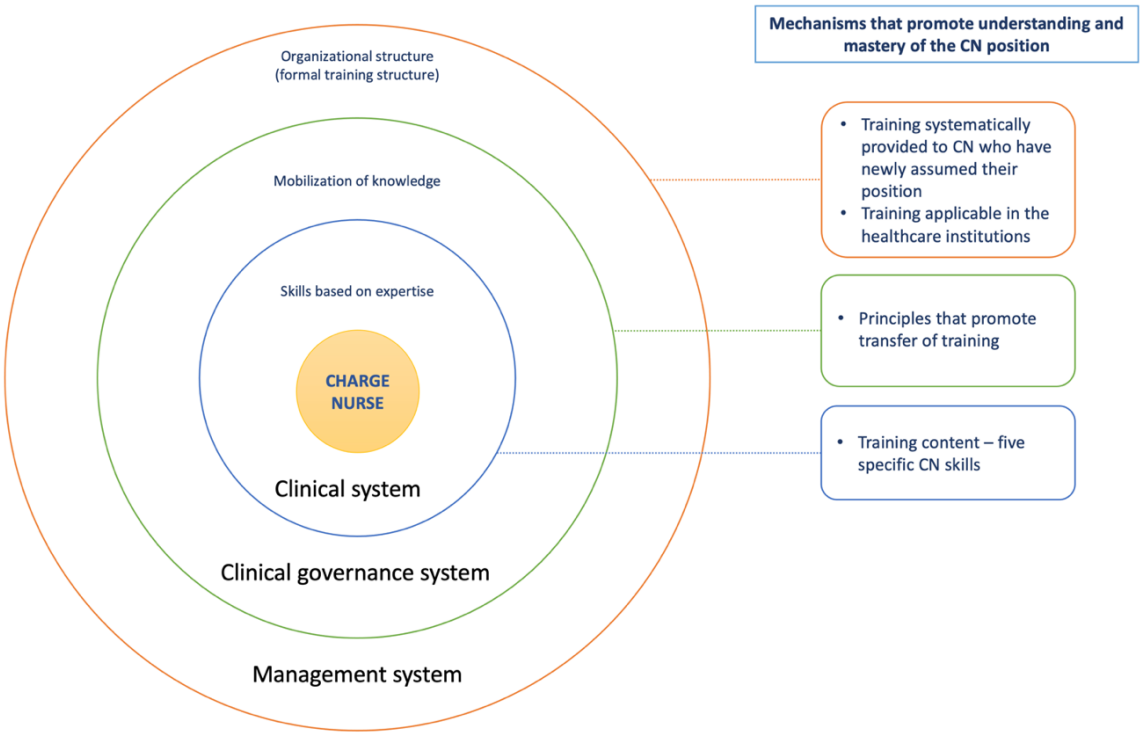


Figure 4. Training model for the charge nurse
(adapted from Brault et al., 2008)

2.3.1.6 Methods

A narrative review of the literature published between January 2000 and May 2022 was conducted. We defined the search start date as the year 2000 when there was a marked increase in the published literature regarding the CN position. As suggested by Framarin and Déry (2021) our review was conducted in five steps: 1) choice of subject and formulation of the research questions; 2) literature search strategy; 3) selection and critical appraisal of studies; 4) synthesis of the literature; 5) and presentation of results.

1) Choice of subject and formulation of the research questions

The subject of this narrative review is training developed for the CN. The research questions are listed above.

2) Literature search strategy

CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect, and Cairn databases were searched. The following keywords (MeSH and associated descriptors) were combined to create a search strategy using the Boolean operators AND and OR: charge nurse, matron, ward leader, assistant head nurse, ward sister; training, education, education competency-based, seminars and workshop. Keywords were translated into French for searching in the Cairn database. An example of a search strategy is shown in Table 5.

Table 5. Search strategy in CINAHL

Number	Requests
1	(MM "Charge Nurses")
2	TI ((“Charge Nurs*”) OR (Matron*) OR (“Ward leader”) OR (“Ward sister”) OR (“Assistant head nurse*”)) OR AB ((“Charge Nurs*”) OR (Matron*) OR (“Ward leader”) OR (“Ward sister”) OR (“Assistant head nurse*”))
3	#1 OR #2
4	(MM Teaching) OR (MH Slides) OR (MH Audiovisuals) OR (MM "Education, Clinical") OR (MM "Education, Competency-Based") OR (MM "Seminars and Workshops")
5	TI ((Teaching) OR (Slides) OR (Audiovisuals) OR (Skills Training) OR (“Education and Clinical”) OR (“Education and Competency-Based”) OR (“Seminars and Workshop*”) OR (“training program”) OR (training) OR (“nurse education”)) OR AB ((Teaching) OR (Slides) OR (Audiovisuals) OR (“Skills Training”) OR (“Education and Clinical”) OR (“Education and Competency-Based”) OR (“Seminars and Workshop*”) OR (“training program*”) OR (training) OR (“nurse education”))
6	#4 OR #5
7	#3 AND #6

3) Selection and critical appraisal of studies

The eligibility criteria, in line with the objective and research questions, were based on the PICOT method: the **P**opulation represents the people under study (CN); the **I**ntervention is the one under study; the **C**omparators are the elements that are compared or controlled; the **O**utcomes are results you plan on measuring or examining (training developed for the CN); and the **T**ime represents the time period described in the literature retrieved (January 2000 – May 2022). For this study, the types of interventions (I) and comparators (C) do not apply; the PICOT is summarized in Table 6. To be eligible, selected records had to be written in French or English. This is a potential limitation of the study, as it might exclude relevant publications in other languages.

However, it was necessary to ensure a comprehensive and in-depth analysis of the selected articles.

Table 6. Eligibility Criteria

		Concepts
P	Charge nurse	Nurse
		Not in a management position
		Holds a clinical-administrative management position
		Does not *exclusively hold* a clinical nursing position
I	Not applicable	
C	Not applicable	
O	Training developed for the CN	
T	January 2000 – May 2022	

Articles were screened based on the algorithm adapted for this study (Figure 5) which has been used in other studies (Beogo et al., 2023; Létourneau et al., 2022).

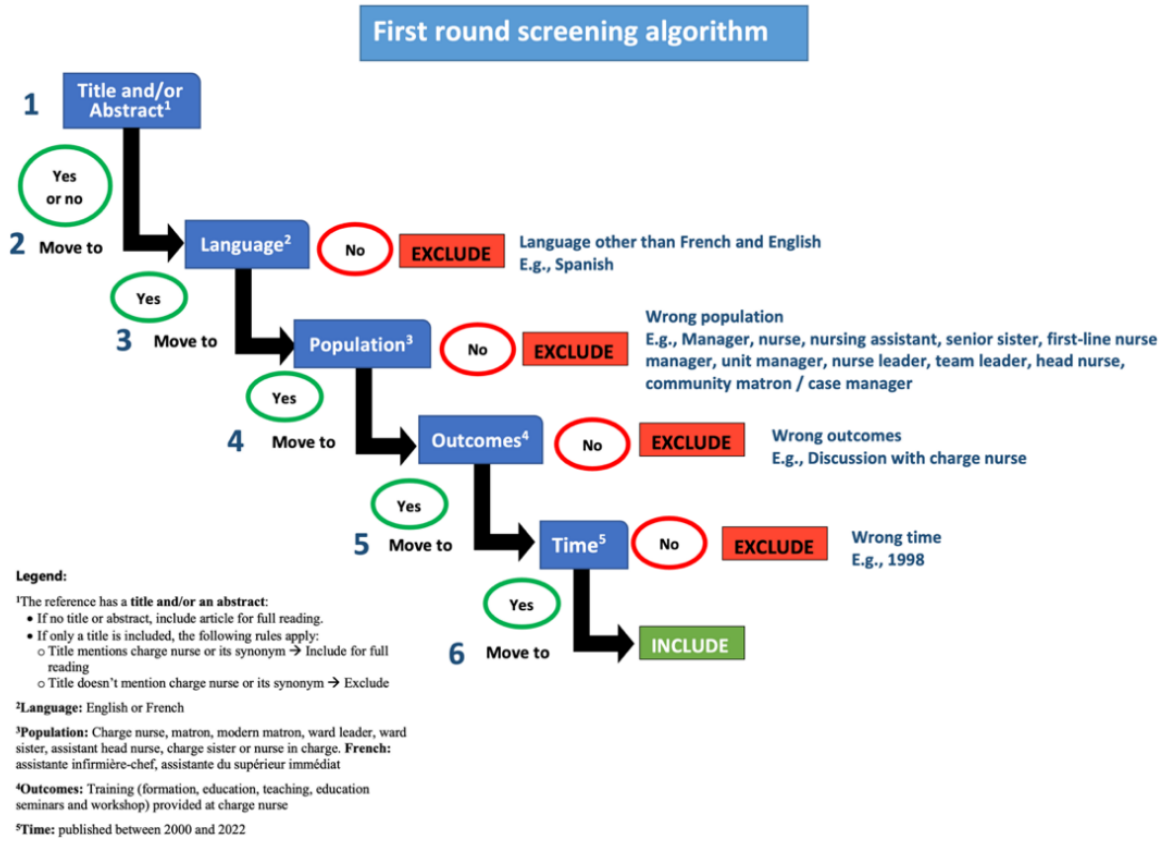


Figure 5. Selection algorithm

4) Synthesis of the literature

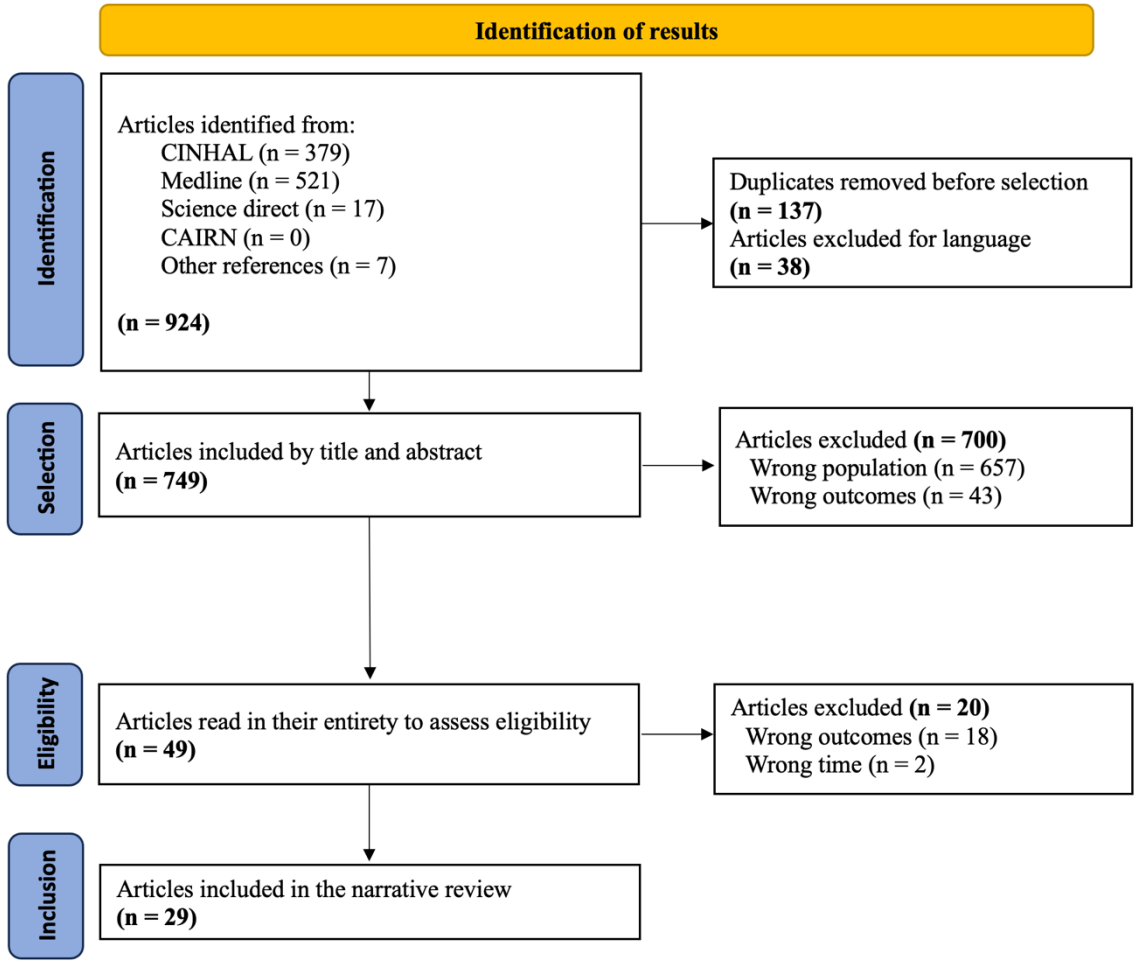
Article data were extracted and entered in an Excel spreadsheet; the content was analyzed using the TMCN model that integrates all four mechanisms.

5) Presentation of results

Results were described in a scientific article for publication.

2.3.1.7 Results

The flow chart (Figure 6) shows a total of 924 identified records. After screening, 29 articles met all inclusion criteria and were evaluated.



PRISMA flow chart adapted from *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.*
This search was undertaken on May 3, 2022, from the Université du Québec en Outaouais (UQO) library databases.

Figure 6. Flowchart – Selection process for literature describing charge nurse training.

Findings associated with the trainings identified in the literature

Each of the 29 articles reviewed one training and are identified in Table 7 and in the text using numbers 1 through 29. Of these, 23 were from the United States (1-4, 6-8, 11-18, 21-24, 26-29), four from the United Kingdom (5, 10, 20, 25), one from Turkey (9), and one from Finland (19). Just over half were conducted in a hospital setting without specifying the area of care (5, 7-10,14-17, 20, 22-26, 28), three specified medicine and/or surgery (18, 21, 27), four were in the emergency department (2, 3, 11, 29), three in pediatrics and/or a maternity department (4, 6, 13), one in psychiatry (19), one in an outpatient setting (1), and one in a large medical center (12).

The results will be presented by mechanism included in each of the three systems of the TMCN model.

1) Clinical system (skills based on expertise):

1.1 *Training content that covers the five specific CN skills:* CN skills and examples of sub-skills were identified.

Leadership was listed the most often, in 27 articles (1-18, 20-24, 26-29). Examples of sub-skills such as team building (3, 5-8, 10, 11, 13, 15, 16, 21, 22, 24, 28) which falls under the sub-skill *to collaborate*, and motivation (8, 9, 21) which falls under the sub-skill *to mobilize,* were named.

Interpersonal communication was reported in 24 articles (1, 2, 5-8, 10-15, 17, 18, 20-29). Examples of sub-skills included difficult conversations (17, 20) and communication styles (5, 14) which both fall under the sub-skill *to express themself*.

For *clinical-administrative caring*, only sub-skills were described (8, 10, 14, 15, 17, 19-22, 24, 25, 27). Sub-skills such as coaching (10, 15, 17, 20, 22, 24, 27) and feedback (8, 14, 25) which fall under the sub-skill *to accompany others in their development*, were described.

Capacity to problem solve was reported in 25 articles (1-3, 5-8, 10-24, 26, 28, 29). Sub-skills such as conflict management (2, 3, 6, 7, 10-17, 21, 22, 24, 26, 28, 29) which falls *to manage conflict,* and delegation (6-8, 14-17, 21-24, 26, 28) which falls under the sub-skill *to coordinate* were named.

Knowledge and understanding of the healthcare environment and its only sub-skill *to be oriented towards patients and results* was found in nine articles (1, 10, 11, 15-18, 20, 29) and was the least mentioned skill. Examples of this sub-skill such as patient and family-centered care (16) and customer service (29) were mentioned.

In sum, four articles described trainings that cover all five skills (or their sub-skills) (10, 15, 17, 20); nine articles addressed four (1, 8, 11, 14, 18, 21, 22, 24, 29); eleven articles addressed three (2, 5-7, 12, 13, 16, 23, 26-28); three articles addressed two (3, 19,

25); and two articles addressed only leadership (4, 9). Although four trainings were comprehensive in defining all five skills, the nested sub-skills were sparsely described.

2) Clinical governance system (knowledge mobilization)

2.1 *Uses principles to promote transfer of training:* None of the articles mentioned having used principles for transfer of training. Also, none of the articles described the elements that need to be taken into consideration to promote the transfer of training (characteristics of the trainee, the training design, and the work environment) (Baldwin & Ford, 1988).

Pedagogical strategies were included in several articles. The most used strategies were : group or sub-group discussions on specific topics determined by the trainer that enabled knowledge sharing and learning (1, 5, 7, 10-15, 19, 21, 22, 26-29); lectures on theoretical content by trainers (1, 2, 4, 5, 10, 11, 15, 16, 19, 23, 27, 28); case studies in groups or sub-groups to synthesize acquired knowledge and apply it according to the situation (1, 8, 11, 12, 14, 15, 21, 22, 24, 28); individual, group or sub-group exercises to encourage reflection, interaction and critical thinking (2, 7, 10, 11, 15, 16, 24, 27, 28) and; role playing to put theoretical content into action (5, 11, 14, 15, 21, 28). The number of strategies varied by trainings. Some trainings incorporated several strategies, while others used only a few, e.g., simulation (6), case studies (8) or discussions (13, 29). Others did not describe the pedagogical strategies used (3, 9, 17, 18, 20, 25), thus it is unclear whether these were not named in the article or whether none were used.

3) Management system (organizational structure)

3.1 *Training provided systematically:* The literature reviewed did not specify whether training was systematically given to the CN upon hire. One exception was the training of Andronico et al. (1), which has become a standard of practice in the ambulatory setting, as the training had promising results in terms of CNs' knowledge of their position and increased confidence following training.

3.2 *Training feasible in healthcare institutions:* The length of training and mode of delivery were evaluated. A total of 23 articles described the length of training required, which varied between 4 and 64 hours. Most articles described the time required was between 8 and 16 hours (1, 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 21-26, 28, 29). Seven of the trainings required 20 hours or more to give, making them a challenge to organize, plan and deliver (6, 9, 10, 17, 18, 20, 27) and for five the time was not specified (3, 12, 13, 16, 19). For the toolkit developed by Ferland-Jamali (11), the length was not relevant since the publication describes the creation of a toolkit to help develop CN training.

There were different modes of training delivery, all of which incorporated in-person attendance: 11 were given in a classroom (9, 11, 13, 14, 18-20, 22, 23, 25, 26); eight were workshops (2, 5, 7, 10, 12, 15, 21, 24); six used an added preceptor, mentor or coach (1, 3, 8, 27-29); two added an online portion (16, 17); one study split the group into two, where one group had an added online portion and one did not (to compare the mode of training delivery) (4); and one was a laboratory-simulation done on site (6). Choice of

mode of delivery will depend on the objectives outlined by the training, a topic that was not extensively described in the 29 articles reviewed here.

Table 7. Description of charge nurse training

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Mechanisms*				
1. Andronico et al. (2019) United States Large academic medical center, outpatient setting	Describes the development, implementation, and outcomes of a CN orientation program	Institutional project; pre and post training comparison	N=17 in two cohorts; new CNs, experienced CNs Post training n=13	A committee developed the training based on the scientific literature and the needs expressed by nurses in the pre-test survey	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** + *Management of complex patient, Human resource management* **Knowledge and understanding of the healthcare environment:** - *Unit operations specific to the outpatient setting* **Other:** *Time and workload management*	Lecture Case studies Discussion Shadowing of an experienced CN	Not specified An outcome of this orientation is that CN training has become standard practice in the outpatient units involved	8 hours In person training and two days of precepting	100% of CN recommended the training There was an appreciation for re-education in their position Nurses felt it reduced inconsistencies between units Novice CN reported feeling more prepared and confident to perform their duties, and enjoyed shadowing other nurses

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Mechanisms* — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development					
2. Arzoomanian and Keys (2008) United States Hospital setting, emergency department	To present a workshop developed for CN	Institutional project	None specified	A team developed the workshop content collaboratively	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Conflict management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *CN roles and responsibilities, patient satisfaction, electronic records, legal issues*	Exercises Lecture	Not specified	8 hours Workshop	CN performance increased as evidenced by better communication between staff and higher patient satisfaction scores Patient throughput was improved

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
3. Assid (2010) United States Hospital setting, emergency department	To create a CN training program	Institutional project	None specified	Developed based on a review of the scientific literature	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** - **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Patient flow, conflict management, human resources management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *CN roles and responsibilities, quality, time and financial management, patient satisfaction, staff morale*	None specified	Not specified	Not specified Seminars = 30-60 minutes each In person training, on site seminars and mentoring	Decrease in rate of patients leaving without being seen by an emergency physician; decrease the patient's average length of stay, increase in patient satisfaction Decrease in staff turnover, increased staff satisfaction, increased physician satisfaction, better overall department functioning

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
4. Bateman and King (2020) United States Hospital setting, pediatric department	To describe a training course that provides adequate training and preparation for CN	Comparative post-test design	12; two cohorts of 6	Listed as a quality improvement initiative based on results of a needs assessment survey of CN; review of the scientific literature, with a focus on leadership theory and the inclusion of a validated measure of leadership	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** - **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - **Understanding the work environment:** - **Other:**	One day face-to-face course given by lecture Blended training group had access to online modules	Not specified	8 hours for face-to-face, blended group not specified In-person, or in-person and online (blended)	There was no difference in outcomes of leadership (LPI scores) between the group receiving the face-to-face only and the blended training The blended group had a slightly lower level of comfort with online education

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
5. Bush and Kelly (2002) United Kingdom Hospital setting	To present a CN workshop that would help develop team building, leadership, and time management skills	Institutional project	None specified	None specified	**Leadership:** - *Team building* **Interpersonal communication:** + *Communication styles* **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Personality type* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Approaches to work, formal and informal reporting practices*	Lecture Role playing Discussion	Not specified	4 hours initially, followed by a one day - workshop Workshop	Of those who completed the workshop there was an improved level of confidence in their own CN abilities, and a heightened sense of awareness of how to work with others

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Mechanisms*				
6. Clark and Yoder-Wise (2015) United States Hospital setting, pediatric department	To describe a CN training that would improve the quality of leadership development for CN and enhance communication skills, conflict resolution, and collaboration	Institutional project; mixed methods, quality improvement	20	None specified	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, delegation* **Understanding the work environment:** - **Other:** *CN roles and responsibilities, preventing harassment*	Simulation	Not specified	Training program= 20 hours in person and 2 hours online Simulation=Not specified The addition of a simulation to an existing mentorship program	The use of simulation (experiential learning) helped CN achieve their leadership objectives

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
7. Connelly, Nabarrete, et al. (2003) United States Hospital setting	To describe the development of CN training based on a previous qualitative study describing 54 skills from a study authored by Connelly, Yoder, and Miner-Williams (2003)	Institutional project	None specified	A committee developed the content using literature reviews, meetings, and discussions	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Delegation, conflict management, patient flow, human resources management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Critical incident review, legal responsibilities*	Exercises Discussion	Not specified	16 hours Workshop	98% of the students rated the program as excellent "Review of the critical incident material indicated that knowledge gained in the workshop might help participants in the future to: (1) be more confident in their actions; (2) intervene earlier in the situation: and (3) be more assertive. Evaluations by head nurses demonstrated an improvement in participant skills.

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	Clinical governance system — Mechanisms* — Pedagogical strategies	Management system — Mechanisms* — Training systematically provided	Management system — Mechanisms* — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development					
8. Dols et al. (2021) United States Hospital setting	Analyze the impact of an evidence-based CN training program on novice and experienced CN confidence and satisfaction with their position, skills, and nursing care	Non experimental single sample repeated measures design	24	Semi-structured interviews were conducted with 35 nurse leaders, who demonstrated that the CN function is important, and that no list of CN skills indicators existed. A team developed this evaluation tool based on the literature, and then training was provided	**Leadership:** + *Team building, motivation* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Professional development, feedback* **Capacity to problem solve:** - *Acuity, personality type, decision making, delegation, self-care* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Technical skills, organizational skills, CN roles and responsibilities*	Case studies	Not specified	9 hours In person training and coaching	CN's evaluation of: the program, their evaluation of self-confidence in learning and position satisfaction were positive Positive changes were found in every skill category Communication with Nurses Domain scores from 3 months pre-CN training to 3 months post-training demonstrated a dramatic increase, which was maintained for 12 months post-CNEP

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
									The number of central lines–associated blood stream infections per 1,000 device days significantly declined pre-CNEP to 12 months post program Falls per hospitalized patient days declined from pre-CN program to post-CN program and declined further 9 months post The nurse retention increased from 83.9% pre-CN program to 84.9% at post-CN program

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
9. Duygulu and Kublay (2011) Turkey University hospital setting	Evaluate the impact of a transformational leadership training programme on CN's leadership practices	Evaluation design-longitudinal prospective repeated measures	30 CNs as participants and 151 staff nurses as evaluators	Themes were chosen from the literature	**Leadership:** + *Influence process, motivation* **Interpersonal communication:** - **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - **Understanding the work environment:** - **Other:** *Management*	None specified	Not specified	14 hours of theory 14 hours individual study In person training	Increased nurse leadership skills

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system – Mechanisms*				Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
10. Enterkin et al. (2012) United Kingdom Hospital setting	Presents the development, delivery, and evaluation of a leadership programme for aspiring CN	Institutional project	60 (36 completed the questionnaire)	The aims of the workshop were developed by the Director of nursing of Northwest London Hospital, the University Institute of Strategic Leadership and Service Improvement and Department of Adult Nursing. The workshop was informed by local priorities, policy and research	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - *Conflict, human resources change and complex situations management* **Understanding the work environment:** - *Creating a positive learning environment* **Other:** *Financial and quality management, career development*	Lecture Discussion Exercises Question and answer session	Not specified	64 hours: one day per month for 8 months Workshop	Participants reported increased political, organizational, and personal awareness, increased confidence, feelings of empowerment, and the ability to hold others accountable. Opportunities for networking with peers were valued as part of the action learning approach. For some participants, future career goals were clarified by this exercise

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
11. Ferland-Jamali (2015) United States Hospital setting, emergency department	Presents the development of a toolkit for emergency department CN leadership and development	Academic project; Master of Science thesis	Not applicable	Based on elements taken from toolkits in other health disciplines and organizations Reviewed by three consultants who responded to a questionnaire with Likert scale questions and open-ended responses	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, decision making, critical thinking* **Understanding the work environment:** - *Learning policies and resources of the organization* **Other:** *CN roles and responsibilities*	Lecture Videos Discussion Journaling Exercises Case studies Role playing	Not applicable	Not applicable In person training	The creation of a toolkit for emergency department CN training

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
12. (Flynn et al., 2010) United States Large academic medical center	Describes the planning, implementation, and evaluation of a CN orientation workshop	Institutional project	None specified	A focus group was put in place to define the job description of the CN. Core skills were defined, and the team made recommendati-ons for a CN orientation workshop which was then developed. A "Hand-off" report for communicating during shift change and "CN Core Competency" check list were also developed	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, managing urgent or complex situations, management of complex patient, making assignments, personality type, human resources management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Chain of command, patient satisfaction*	Case studies Discussion	Not specified	Not specified Workshop	88% of CNs gave the workshop the highest rating Novice CN appreciated the chance to work through real life scenarios with their peers Facilitators were supportive of the program, stating it provided CN with a clear understanding of their position Patient care directors stated that CN were more confident, communicated more effectively and showed more initiative

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Mechanisms* — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development					
13. Graves and Reichert (2015) United States Hospital setting, maternity department	To present the "Women's Care CN Leadership Development program"	Institutional project	None specified	Based on a literature review of current literature and its limits	**Leadership:** + *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Human resources management, conflict management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *CN roles and responsibilities, incident reporting, legal issues, patient safety, risk management*	Discussion	Not specified	Not specified (3 sessions of unknown length) In person training	CN now have a set of guidelines to follow. Benefits to the nurses included increased position clarity and awareness of the expectations of others

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
14. Homer and Ryan (2013) United States Hospital setting	To describe the development, implementation, and effects of a CN education course. Outcomes included CN work satisfaction and performance and managers impressions of course impact	Pre-post intervention design with quantitative and qualitative data	60 CNs in program; 57 completed pre-intervention survey and 24 completed the survey at 6 weeks post intervention Of 13 nurse managers/ directors; all completed pre and 5 completed the post survey	Focus groups were held with CN and management to determine training content	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + *Communication styles* **Clinical-administrative caring:** - *Feedback* **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, delegation* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Emotional intelligence, performance management, patient satisfaction, organizational skills*	Case studies Discussion Role playing Reflection	Not specified	CN :16 hours Nurse managers: 4 hours In person training	Both the CN and management had increased positive perception of CN performance and job satisfaction over time Qualitative responses of course impact: 1) increased awareness of personality types and its effect on communication; 2) improved conflict resolution skills; 3) improved delegation skills; and 4) conscious efforts to create a caring work environment

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
15. Kramer and Davies (2021) United States Hospital setting	Examine two program outcomes: (a) participant's confidence in their ability to be an effective CN and (b) patient satisfaction before and after the Baptist Health Orientation and Development Program (BHLODP)	Quasi experimental pre-post study	87 CNs pre 51 CNs post 411 patients pre 404 patients post	A team created the training based on data collected in the pre-study. The orientation that included the development of a job description, a skill-based orientation and action validation tool, a daily checklist to assist orientees to effectively manage their leadership responsibilitiesa standardized CN communication template, orientation	**Leadership:** + *Team building, collaboration* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Coaching, mentoring* **Capacity to problem solve:** + *Coordination and delivery of patient care, patient flow, making assignments, decision making, delegation, conflict management, managing stress, peer evaluation* **Understanding the work environment:** - *Maintaining a safe environment* **Other:** *Hospital's care delivery model, roles and*	Exercises Videos e-Learning module Lecture Discussion Role playing Reflection Case studies Focus group Simulation	Not specified	8 hours Workshop and orientation program	There was an increase in total CNOPDA scores from pre- to post intervention Responses to 13 items were also examined. A positive direction was observed for each of the 13 items 4 of the 5 patient satisfaction items showed small changes. For example, before the intervention, 82% of patients answered yes to the statement "a nurse leader visited me during my stay". This percentage rose to

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
				workshops	*responsibilities, expectations and orientation, patient experience and leader rounding, sustaining a culture of safety and patient safety, professionalism, peer networking, nurse-sensitive indicators keeping the department, environment of care survey ready, accountability, time and financial management, monitoring for quality and performance improvement*				90% after the intervention

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
16. Maryniak (2013) United States Hospital setting	Examine the relationship between the study results with regards to leadership, and the training program	Correlational study, descriptive	37 questionnaires were completed pre, and 27 post 42 questionnaires were completed for the first course and 35 for the second, and 36 for the Speed of Trust	A survey of CNs, nursing directors and administrative directors was conducted, and a working group was formed. CN training requirements were determined, and training was developed.	**Leadership:** + *Team building, collaboration* **Interpersonal communication:** - **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Human resource management, delegation, prioritizing, managing stress, conflict management* **Understanding the work environment:** - *Improved work environment, care models, patient and family-centered care* **Other:** *Trust, the principle of credibility, behavior principles, trustworthy and inspiring stakeholders, legal*	Lecture Exercises e-Learning modules	Not specified	Not specified In person training and online modules	Participants agreed that overall, the training was a success Results for leadership practices, management practices and specific topics show a statistically significant difference between pre and post course

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
					responsibilities, quality management, patient safety, performance management, time management, American Nurses Association staffing principles, code of ethics, nursing excellence program, promoting a culture of safety, nursing image				

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
17. Mosier et al. (2019) United States Hospital setting	Report on the results of the implementation of a leadership certification program for CN	Institutional project	614	Developed by HCA Healthcare Leadership Institute with the leadership training company Vital Smarts and the workforce development company Catalyst Learning Company. To use best practices identified in the Director Development Program, the design team reviewed practices	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + *Difficult conversation* **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - *Critical thinking, decision making, change management, conflict management, delegation* **Understanding the work environment:** + **Other:** *Time management*	None specified	Not specified	32 hours in person 30 minutes on-line In person training and online modules	The participants appreciated the program 99% of CNs stayed in their position Decrease in turnover rate, increase in users' experiential satisfaction, increase in participants' commitment

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
18. Normand et al. (2014) United States Hospital setting, department of medicine and surgery	Redefine the position of the CN using leadership skills; implement a training program; evaluate the effects of the program on user satisfaction based on communication with nurses and on staff retention	Institutional project; pre-post training comparison	None specified	A committee developed the training	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Human resource management* **Understanding the work environment:** + **Other:** *Quality management, clinical operations, career development*	None specified	Not specified	Between 42 and 56 hours: 7 days of training lasting 6- 8 hours per day In person training	There was no statistically significant difference, but the authors believe the results were clinically significant Increased patient satisfaction CN participating in the program reported increased leadership and effectiveness, improved interprofessional collaboration and that they had greater confidence in their position

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system	Clinical governance system	Management system		Results
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
19. Pitkänen et al. (2004) Finland Hospital setting, psychiatry department	Updating CN's management skills	Institutional project	36 to evaluate the training needs	A survey of the managerial skills was distributed to the deputy ward sisters to know their needs for training and administrative counselling Based on the analysis of the above needs assessment survey a training programme was planned for the CN	**Leadership:** - **Interpersonal communication:** - **Clinical-administrative caring:** - *Professional development* **Capacity to problem solve:** - *Problems associated with management and organization of work, planning and monitoring of activities* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Financial management*	Lecture Discussion Seminar	Not specified	Not specified In person training	Not evaluated

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
20. Platt and Foster (2008) United Kingdom Hospital setting	Describes the genesis, contents and outcomes of a bespoke CN Development Programme (CNDP) designed to enhance the propensity of nurses to manage in an acute hospital setting	Institutional project	95 divided in 5 groups	Initially a task force had developed a ward-management toolkit for CN Then after a review of the literature (for example McGibbon 1997, Antrobus & Kitson 1999) and discussion with senior nurses, it became apparent that CNs felt a lack of formal management training, specific to their nurse management role which	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** - *Difficult conversations* **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - *Managing stress* **Understanding the work environment:** - *Clinical documentation, organizational structure and nursing* **Other:** *Legal issues, reflective processes, handling of complaints, CN roles and responsibilities, time management, financial management, performance management, recruiting and*	None specified	Not specified	32 hours that was increased to 72 hours over a 16 week period. In person training	95% of responses were positive, with empowerment cited as the most frequent outcome Increased confidence in communicating with the multidisciplinary team, peers and with more experienced colleagues

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
				impeded their growth This led to the development of the CN Development program	*interviewing, clinical operations*				

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Mechanisms*	Mechanisms*	Mechanisms*	Mechanisms*	
21. Pryby (2016) United States Hospital setting, medicine and surgical department	To describe the development of a CN leadership training workshop	Academic project; thesis Qualitative, focus groups	9 in the focus group that helped develop the training	Based on a focus group conducted with CN, a literature review and an interdisciplinary committee that were put in place	**Leadership:** + *Team building, motivation* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Mentoring* **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, prioritizing, delegation* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Patient safety, CN roles and responsibilities, generational culture*	Discussion Case studies Role playing Reflection Journaling	Not specified	12 hours Workshop	The workshop has been developed but not yet given

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems: Clinical system — Training content [1]	TMCN systems: Clinical governance system — Mechanisms* — Pedagogical strategies	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Training systematically provided	TMCN systems: Management system — Mechanisms* — Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	Results
	Aim of article	**Study design**	**Sample size**	**Training development**					
22. Schwarzkopf et al. (2012) United States Hospital setting	To describe the development of CN leadership training	Institutional project; pre-post training comparison	354	The training was developed by Tenet Corporation. They researched best practices in leadership, critiqued an existing training program, and then developed their own.	**Leadership:** + *Team building, negotiation* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - *Conflict management, delegation* **Understanding the work environment:** - **Other:**	Case studies Discussion	Not specified	8 hours In person training	95% of participants rated the training as above average or excellent Themes for future trainings were identified

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
23. Sheets (2015) United States Hospital setting	Increase novice CN level of confidence during the transition to their position following a CN fellowship	Academic project; thesis comparison pre and post fellowship	Pre; n=16 Post; n=13	Unit directors communicated subject matter that would be important for new CN to learn and understand. A committee reviewed the topics suggested, and those deemed most important were selected. The training was subsequently developed by the committee	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Delegation, crisis management, critical thinking, patient flow, prioritizing, decision making, human resources management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Quality management, patient safety, patient satisfaction, resource allocation*	Lecture Interactive approach	Not specified	16 hours In person training	100% of fellows stated that the content of the training was beneficial The training brought about a 76.9% increase in confidence amongst participants 100% of the participant reported that the fellowship had enhanced their knowledge as a CN and that they had received the appropriate resources to become a successful and confident CN

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
24. Sherman (2005) United States Hospital setting	To describe the development of CN training	Institutional project	None specified	None specified	**Leadership:** - *Team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - *Delegation, conflict management* **Understanding the work environment:** - **Other:**	Exercises Case studies	Not specified	8 hours Workshop	Return on investment would be $8.98 for each dollar invested in the training based on a 350-bed community hospital with 25 CNs attending the workshop

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
25. Spencer et al. (2014) United Kingdom Hospital setting	To describe the development of training designed to increase CN autonomy and independence	Institutional project	More than 60	Structured interviews with CNs and head nurses allowed for a deeper understanding of the CN experience. The hospital's organizational development team created the training based on the needs expressed in the interviews and in line with the organization's values	**Leadership:** - **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Feedback* **Capacity to problem solve:** - **Understanding the work environment:** - **Other:**	None specified	Not specified	16 hours In person training	Not specified

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
26. Spiva et al. (2020) United States Hospital setting	To examine a pilot training program for CN as an effective, evidence-based training method for improving leadership style and resilience	Pre-post with a randomly assigned control group	41	An organization developed the training using the best classroom training techniques/ models	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Human resources management, conflict management, critical thinking, delegation, decision making* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Financial management, performance improvement, technology, strategic management, career development, time management, diversity*	Discussion Interactive approach	Not specified	8.5 hours In person training	Increased transactional and transformational leadership Increased resilience Appreciation of training in terms of leadership behavior effectiveness and their ability to motivate

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
27. Teran and Webb (2016) United States Hospital setting, surgical department	Develop a formal CN leadership training program to improve staff retention and user satisfaction	Institutional project; retrospective descriptive design	17	Not specified	**Leadership:** + *Self-assessment* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - *Coaching* **Capacity to problem solve:** - **Understanding the work environment:** - **Other:** *Patient safety, beyond the bedside/nursing care, shared governance regulations and requirements, CN roles and responsibilities*	Lecture Video Exercises Reading assignments Discussion	Not specified	40 hours In person training and coaching	Reduction in the turnover rate and increase in user (CN) satisfaction.

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
28. Thomas (2012) United States Teaching hospital setting	Creating a CN training program focused on transformative learning	Institutional project	65	A consultant assisted the managers in developing the training	**Leadership:** + *Negotiation and persuasion, team building* **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Delegation, decision making, conflict management* **Understanding the work environment:** - **Other:** *Principles of management, legal responsibilities, role transition and image, power*	Lecture Role playing Exercises Reflection Case studies Discussion	Not specified	12 hours In person training and mentoring	90% of participants scored the overall assessment as very good or excellent Participants felt more confident in their decision-making and communication skills

Authors (year) Country Setting	Method				TMCN systems				Results
					Clinical system	Clinical governance system	Management system		
					Mechanisms*				
	Aim of article	Study design	Sample size	Training development	Training content [1]	Pedagogical strategies	Training systematically provided	Feasibility: Length of training and mode of delivery *One day = 8 hours	
29. Yee and Swillum (2003) United States Hospital setting, emergency department	To present a developed training program	Institutional project	4	A committee designed and developed the training	**Leadership:** + **Interpersonal communication:** + **Clinical-administrative caring:** - **Capacity to problem solve:** - *Conflict management* **Understanding the work environment:** - *Awareness of policies and procedures* **Other:** *CN roles and responsibilities, administrative issues and duties, customer service*	Discussion	Not specified	8 hours In person training and preceptorship	CN felt more at ease

[1]**Legend of content:**
+ = Addresses this skill - = Does not address this skill *Text* = Sub-skill content example Other = Content unrelated to skills or sub-skills
*Principles to promote transfer of training absent from all articles

2.3.1.8 Discussion

The objective of this research was to conduct a narrative review to identify literature that describes CN training and summarize its relevance regarding mechanisms that promote the understanding and mastery of the CN position. We identified 29 articles, each of which focused on one training.

1) Clinical system (skills based on expertise)

Different trainings integrated several skills or an example of one of its sub-skills, demonstrating comprehensiveness and the importance of using the five skills outlined by Plourde (2012). Ideally, each skill should be supported by examples of relevant sub-skills to better inform trainees. Despite this, the content of many trainings was incomplete. In fact, the five skills required essential for the position of CN were not all included, or the subskills were not sufficiently developed in the same training. For their part, Swihart and Gantt (2015) agree that the five skills stated by Plourde (2012) are essential, and the authors have integrated them in their guide which is oriented towards leadership and can be used to develop CN training.

2) Clinical governance system (knowledge mobilization)

The three essential principles described by Baldwin and Ford (1988) (trainee characteristics, training design and work environment) to promote transfer of training are discussed separately or without reference to a larger framework in articles.

In the literature, with regards to trainee characteristics, Lessard (2018) explains the importance of the CN having a sense of self-criticism, to be committed and interested in their position. A motivated CN will be more inclined to transfer their new knowledge into practice in an optimal manner (Rivard & Lauzier, 2024).

In terms of design, when planning training, the objectives, the content and the pedagogical strategies should be taken into account to ensure that the training meets the needs of the CN and facilitates learning (Rivard & Lauzier, 2024; Swihart & Gantt, 2015). We report on the use of a variety of different pedagogical strategies including exercises, discussions, case studies, lecture and role playing. This is consistent with Swihart and Gantt (2015). These authors discuss the importance of using a variety of pedagogical strategies in which the CN trainee will be active in their learning, with the goal of fostering self-confidence and will result in greater retention of the information learned when they newly assume their position. Some of the trainings included very few pedagogical strategies, if any at all. Pedagogical strategies need to be integrated to enable the CN to experience real-life situations similar to those they will encounter on the job (Rivard & Lauzier, 2024).

In terms of the work environment, Lessard (2018) describes the importance of considerable support from the manager for a new CN by allowing them to verbalize lived experiences and then offer feedback. The author adds that peer support is a key element that reinforces skills. This can be achieved through sporadic support from a colleague or

by creating a community of practice that encourages the sharing of problematic or unusual situations (Lessard, 2018). This enables the practical use of one's knowledge, the enhancement of one's skills, and the effective execution of one's position.

Therefore, the principles to promote transfer of training are necessary and supported by the literature, it is notable that this topic was not considered in the articles retained.

3) Management system (organizational structure)

With the exception of one article (1), training was not integrated into the organizational structure of healthcare institutions in such a way that they could have been systematically provided to new CN. The international trainings reviewed here reflect the current organizational structures in Quebec, (Canada) where training and support are not systematically offered to newly appointed CN. However, participants in Hata's (2019) study recommended that training be provided to both new and experienced nurses, and to both current and replacement CN. Lessard (2018) corroborates this point by demonstrating that the lack of training for the CN is detrimental to their ability to safely perform their roles and responsibilities. In short, all new CNs should receive specific and standardized training, ideally when they newly assume their position, or within the first few weeks on the job.

To understand the feasibility of including training in healthcare institutions, the

length of training and mode of delivery were examined. This narrative review found that the length of training varied between 4 and 64 hours. Many trainings required between 8 and 16 hours, which is realistic for the current healthcare context. Swihart and Gantt (2015) specify that it is important to determine the length of training according to the availability of the human resources involved (trainee and trainer) and take into account organizational constraints. Thus, proposing an initial shorter training, with the addition of ongoing in-service training, is a more acceptable solution that can be integrated into the organizational healthcare structures and provided systematically. Training that exceeds 20 hours are unrealistic when considering present working conditions where human healthcare resources are scarce.

Finally, the mode of delivery will be determined according to the objectives of the training, as well as the available resources in terms of trainers and training premises, a factor which has not been addressed in the articles reviewed. These elements should be considered prior to developing a training program (Rivard & Lauzier, 2024).

The results presented in this narrative review are consistent with those presented by Delamater and Hall (2018) in terms of content, pedagogical strategies and length of training. Some developments have been introduced since 2018, such as the systematic delivery of training in outpatient settings (1). However, we have identified a number of limitations when analyzing these trainings in relation to the TMCN model that have been recommended and deemed holistically essential for training CN.

This study confirms the need to develop training that integrates all of the elements of the TMCN model to be taken into consideration in order to strengthen the skills of the CN. In today's complex care environment, where patient lengths of stay are increasingly regulated and there is a shortage of manpower in the healthcare network (Gouvernement du Québec, 2023a), the five skills required of the CN position, including leadership, are essential. The use of a clinical governance model such as the TMCN thus supports the strengthening of these skills as well as the optimization of quality and safe care (Brault et al., 2008). In fact, the clinical system makes it possible to determine the five skills required for the CN position and to integrate them into training, organizing it in such a way as to encourage CN to transfer what they have learned in training into practice. The clinical governance system will enable this training to be organized in such a way as to ensure that CN are able to transfer their newly acquired knowledge into practice, with the overall aim of reinforcing their skills. Lastly, the management system will set clear guidelines in terms of the length of training and mode of delivery, such that training is appropriate for the healthcare institutions and can realistically be offered systematically to CN new to the position. All of this will enable the CN to work optimally thus promoting the quality and safety of care.

2.3.1.9 Conclusion

The different trainings listed in this narrative review have highlighted the positive outcomes of offering training for CN. Notably and importantly, there is an increase in patient satisfaction (2, 17, 18), and a decrease in: the patient’s average length of stay (3);

central line associated blood stream infections (8) and; falls per hospitalized patient days (8). CN experienced an increase in confidence (1, 5, 8, 12, 18, 20, 23, 28) and performance (2, 14). Finally, healthcare institutions reported a decrease in employee turnover (3, 8, 17, 27). Considering the importance of the CN position, the strategic place they occupy within healthcare institutions, and the positive impact they have, it is important to support the CN in strengthening their skills when they newly assume their position through the provision of appropriate, validated, and systematically delivered training. None of the articles reviewed here reported negative outcomes of the investment in training. On the contrary, one article demonstrated a return on investment of $8.98 for every dollar invested by offering training (24). Indeed, according to Andronico et al. (2019) and Sheets (2015), the CN feels better prepared, more confident, and gains knowledge that increases mastery of the position.

2.3.1.10 Implications for future research

To address the gaps found in the 29 articles reviewed, we are currently conducting a scientific study that aims to: 1) identify the key elements for operationalizing and strengthening the skills required for the CN position, with a view to integrating them into a dedicated training through a scoping review; 2) validate this training by experts through a Delphi approach; and 3) pilot testing this training with approximately 30 CNs from a healthcare institution in Quebec (Canada) using a participative approach. Following this, the participants will be asked to identify factors facilitating and constraining the systematic implementation of this training in healthcare institutions. Thus, this training

will be developed for all nurses internationally who assume a CN position, which can then be adapted to the specifications of the various care settings and contexts.

2.3.1.11 References

Andronico, J., Getting, C., Hughes, C. H., & Ciccolini, K. (2019). Developing and Standardizing an Orientation for Outpatient Charge Nurses. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 50*(11), 517-521. https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-08

Arzoomanian, D., & Keys, A. (2008). ED Charge Nurse Workshop: queen for a day: one hospital's answer to orienting nurses to the charge role. *Journal of emergency nursing, 34*(4), 373-374. https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.04.012

Assid, P. A. (2010). How to build an ED charge nurse training program. *Nursing Management, 41*(10), 49-51. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000388300.62352.d5

Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux. (2019). *Mémoire de l'AGESSS portant sur le projet de loi no 7 : Loi concernant certaines conditions de travail applicables aux cadres du réseau de la santé et des services sociaux*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=107338

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology*, *41*(1), 63-105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Bateman, J. M., & King, S. (2020). Charge nurse leadership training comparison: effective and timely delivery. *Pediatric Nursing, 46*(4), 189-195.

Beogo, I., Sia, D., Collin, S., Phaelle Gedeon , A., Louismé, M., Ramdé, J., Gagnon, M., & Tchouaket Nguemeleu, E. (2023). Strengthening Social Capital to Address Isolation and Loneliness in Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Research on Information and Communication Technologies. *JMIR Aging, 6*(1), e46753. https://doi.org/10.2196/46753

Bérubé, A.-A. (2016). *Complémentarité des rôles des infirmières-chefs d'unité et de leurs assistantes pour assurer des soins sécuritaires et de qualité* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/58cba38b-509e-4bb1-a9bd-6d43ae0ce8ce/content

Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la

qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisations des Soins, 39*(3), 167-173. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9641/Introduction_a_la_gouvernance_clinique.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bush, K., & Kelly, F. (2002). Back to school. *The Health service journal, 112*(5833), 27-29.

Clark, T. J., & Yoder-Wise, P. S. (2015). Enhancing Trifocal Leadership Practices Using Simulation in a Pediatric Charge Nurse Orientation Program. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 46*(7), 311-317. https://doi.org/10.3928/00220124-20150619-02

Connelly, L. M., Nabarrete, S. R., & Smith, K. K. (2003). A charge nurse workshop based on research. *Journal for Nurses in Staff Development, 19*(4), 203-208.

Delamater, L., & Hall, N. (2018). Charge nurse development: What does the literature say? *Nursing Management, 49*(7), 34-40. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000538914.53159.fc

Desjourdy, A. (2009). Les réformes de santé en Suède: quelles leçons pour le Québec. *Cahiers de recherche en politique appliquée, II, 3*, 17-51. https://www.usherbrooke.ca/politique-appliquee/fileadmin/sites/flsh/politique/documents/cahiers/Vol2-no3-article2.pdf

Dols, J. D., Ramirez, M. N., Hernandez, A. D., Allen, D., Kloewer, T., & Aguillon, V. (2021). Impact of evidence-based charge nurse education on charge nurse skills and nurse-specific metrics. *The Journal Of Nursing Administration*, *51*(12), 630-637. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001086

Dubois, D. (2023). *La signification expérientielle des conditions de travail telles que vécues par les gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en milieu de soins après la dernière fusion du réseau de la santé québécois* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec en Outaouais]. QC. https://di.uqo.ca/id/eprint/1588/

Duygulu, S., & Kublay, G. (2011). Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of advanced nursing, 67*(3), 633-642. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05507.x

Éditeur officiel du Québec. (2024). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/o-7.2

Enterkin, J., Robb, E., & McLaren, S. (2012). Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *Journal Of Nursing Management, 21*(2), 206-216. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01408.x

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021a). *Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi, convention collective*. https://spsca.org/wp-content/uploads/2021/11/Echelles-salariales-2021-2023_FR.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021b). *Salary scales and list of job titles, Collective Agreement*. https://affilies.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_en.pdf?download=1

Ferland-Jamali, E. (2015). *Building charge nurse leadership programs: A toolkit for emergency departments* [Thèse de maîtrise inédite, University of California, Davis]. FL.

Firth, K. (2002). Ward leadership: balancing the clinical and managerial roles. *Professional Nurse 17*(8), 486-489.

Flynn, J. P., Prufeta, P. A., & Minghillo-Lipari, L. (2010). Cultivating Quality: An Evidence-Based Approach to Taking Charge. *American Journal of Nursing, 110*(9), 58-63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000388268.65499.bc

Framarin, A., & Déry, V. (2021). *Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf

Gouvernement du Québec. (2023a). *Plan stratégique 2023-2027 Ministère de la santé et des services sociaux*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

Graves, J. L., & Reichert, G. A. (2015). Implementation of a Formal Charge Nurse Leadership Development Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44*, S37-38. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12718

Hata, R. (2019). *Charge nurse development strategies in an acute care hospital* [Thèse inédite de doctorat, University oh Hawai'i]. MI.

Homer, R., & Ryan, L. (2013). Making the grade: Charge nurse education improves job performance. *Nursing Management, 44*(3), 38-44. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000427183.65177.76

Jubinville, M., Tchouaket, E. N., & Longpré, C. (2023). Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ open, 13*(2), e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307

Kramer, M., & Davies, C. C. (2021). A charge nurse orientation and development program: an evaluation. *Journal For Nurses In Professional Development*, *37*(5), 268-277. https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000765

Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en œuvre la compétence, comment investir dans le professionalisme et les compétences*. Eyrolles.

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Létourneau, J., Bélanger, É., Sia, D., Beogo, I., Robins, S., Kruglova, K., Jubinville, M., & Nguemeleu Tchouakt, É. (2022). Identifying performance factors of long-term care facilities in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. *Systematic Reviews, 11*(203), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02069-1

Maryniak, K. D. (2013). Development of training for frontline nurse leaders: from assessment to results. *Journal For Nurses In Professional Development, 29*(1), 16-18. https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31827d0ac2

Mosier, S., Sisk, B., Lindquist, P., Grams, L., Rudd, D., & Englebright, J. (2019). Investing in the Front Line: Preparing the Best Nursing Leaders for the Next Generation. *Nurse Leader*, *17*(4), 331-334. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.04.005

Normand, L. (2024, 9 septembre). Effectif assistante infirmière-chef, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Courriel reçu*

Normand, L., Black, D., Baldwin, K. M., & Crenshaw, J. T. (2014). Redefining 'charge nurse' within the front line. *Nursing Management, 45*(9), 49-53. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000453274.96005.35

Pitkänen, A., Kuronen, M., Pukuri, T., & Välimäki, M. (2004). Developing nurses' capabilities to deputize for ward sisters. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(2), 235-239. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00670.x

Platt, J. F., & Foster, D. (2008). Revitalizing the charge nurse role through a bespoke development programme. *Journal Of Nursing Management, 16*(7), 853-857. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00939.x

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au cœur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Pryby, F. (2016). *Improving the Charge Nurse's Leadership Role: A Collaborative Learning Forum* [Thèse inédite de doctorat, Walden University]. MN. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2457/

Rankin, J., McGuire, C., Matthews, L., Russell, M., & Ray, D. (2016). Facilitators and barriers to the increased supervisory role of senior charge nurses: a qualitative study. *Journal Of Nursing Management, 24*(3), 366-375. https://doi.org/10.1111/jonm.12330

Rivard, P., & Lauzier, M. (2024). *La gestion de la formation et du développement des ressources humaines : pour préserver et accroître le capital compétence de l'organisation* (3e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Schwarzkopf, R., Sherman, R. O., & Kiger, A. J. (2012). Taking charge: Front-line nurse leadership development. *Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(4), 154-159.

Scott, A., & Timmons, S. (2017). Tensions within management roles in healthcare organisations. *Nursing Management, 24*(1), 31-37. https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1569

Sheets, B. (2015). *Charge Nurse Fellowship* [Thèse inédite de doctorat, Carlow University]. PA.

Sherman, R. O. (2005). Don't forget our charge nurses. *Nursing Economic$, 23*(3), 125-143.

Spencer, C., Al-Sadoon, T., & Hemmings, L. (2014). The transition from staff nurse to ward leader. *Nursing Times, 110*(41), 12-14.

Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *Journal of Nursing Administration, 50*(2), 95-103. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000848

Swihart, D., & Gantt, K. J. (2015). *The Charge Nurse Leader Program Builder : A Competency-Based Approach for Developing Frontline Leaders* [Book]. HCPro, a division of BLR.

Teran, N., & Webb, P. J. (2016). The positive impact of formalized charge nurse training. *Nursing Management, 47*(11), 50-54. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000502810.52671.aa

Thomas, P. L. (2012). Charge nurses as front-line leaders: development through transformative learning. *Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(2), 67-74. https://doi.org/10.3928/00220124-20111003-05

Turmel Courchesne, A.-M. (2015). *Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu hospitalier: une étude descriptive* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/77ed4040-943e-4aa0-8983-aa39b6ff1e63

Westcott, L. (2016). How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *Journal of clinical nursing, 25*(17/18), 2669-2677. https://doi.org/10.1111/jocn.13315

Wolf, L., Delao, A., Simon, C., Clark, P., & Burchill, C. N. (2024). Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for united states emergency care settings. *Journal of emergency nursing*, *50*(4), 523-536. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009

Yaghobian, M., Navipour, H., & Vanaki, Z. (2020). Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 70*(7), 1225-1231. https://doi.org/10.5455/jpma.38686

Yee, L. F., & Swillum, J. (2003). Preparing ED nurses to function as charge nurses with an 8-hour class and preceptor support: a successful UCSD program. *Journal of emergency nursing, 29*(6), 528-532. https://doi.org/10.1016/j.jen.2003.08.001

2.3.2 Mise à jour de la revue narrative des écrits

Une mise à jour de cette revue narrative des écrits a été réalisée par l'étudiante-chercheure en juillet 2024. Aucune publication supplémentaire n'a été répertoriée dans les bases de données identifiées. Toutefois, sept publications provenant d'autres références ont été répertoriées. Le diagramme de flux PRISMA est disponible à la Figure 7.

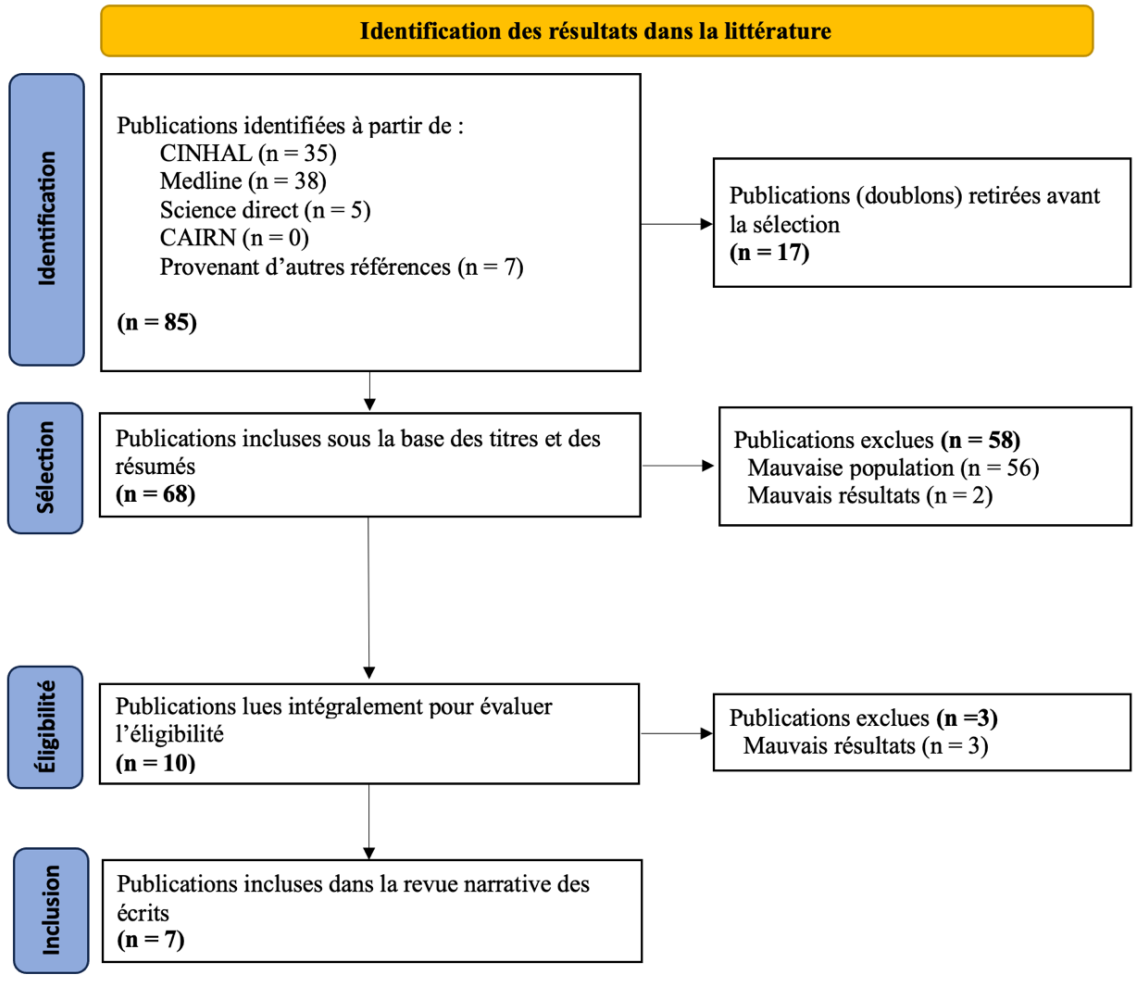


Diagramme de flux PRISMA adapté de *The|PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.*
Recherche effectuée le 24 juillet 2024 à partir des bases de données disponibles à la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Figure 7. Diagramme de flux – Mise à jour de la revue narrative des écrits

Chacune des sept publications répertoriées est identifiée au Tableau 8 et dans le texte par un numéro d'un à sept. Les résultats sont semblables à ceux énoncés dans la revue narrative des écrits initiale. Les publications identifiées proviennent principalement des États-Unis (1, 3-7). Le leadership ou une de ses sous-compétences (1-7) est la compétence qui a été le plus répertoriée, suivi par le *caring* clinico-administratif (1-3, 6, 7), la communication interpersonnelle (1-3, 5), la capacité de résolution de problèmes (1-3, 6) et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail (1, 6). Une seule publication a abordé les cinq compétences ou une de leurs sous-compétences (1). Aucune publication n'a mentionné avoir utilisé des principes favorisant le transfert des apprentissages. Ce sont sept stratégies pédagogiques qui ont été utilisées, soit l'étude de cas (1-4, 7), le jeu de rôle (1-3, 6, 7), la présentation magistrale (3, 4, 6, 7), l'exercice (1, 3, 5, 7), la discussion (1-4, 6), la vidéo (2, 3, 6) et un exercice réflexif (1). Il n'est mentionné dans aucune publication que la formation est dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. Finalement, la durée des formations varie entre 4 et 60 heures et le mode de dispensation le plus utilisé est en présentiel (2, 3, 5, 6).

Cette mise à jour de la revue narrative démontre une tendance qui semble se maintenir au niveau de l'ensemble des aspects d'une formation et présente des lacunes similaires à celles déjà identifiées en regard des mécanismes qui favorisent la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. Enfin, tout comme dans la revue narrative des écrits initiale, les formations ne semblent pas avoir suivi un processus scientifique de développement et de validation.

Tableau 8. Description des formations pour l'assistante infirmière-chef

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
1. Abel et al. (2020) États-Unis Milieu hospitalier	Évaluer l'efficacité d'un programme d'apprenti-ssage en ligne (certificat) pour le sentiment d'autonomi-sation de l'AIC	Étude pré – post test	29	Les grandes lignes du programme, le syllabus et les activités proposées ont été élaborés par l'auteur principal sur la base des données actuelles et ensuite revus par des experts dans le domaine	**Leadership:** + *Gestion d'équipe* **Communication interpersonnelle:** + ***Caring* clinico-administratif:** - *Gestion de la performance, rétroaction et accompagnement* **Capacité de résolution de problèmes: -** *Gestion de conflits, priorisation, délégation, gestion du flux* **Connaissance environnement de travail: -** *Règlement environnement* **Autre:** *Autonomisation, fonction*	Exercice Étude de cas Jeux de rôle Question de réflexion	Non	5,4 heures En ligne	L'autonomisation s'est améliorée de manière significative entre la pré et post évaluation Aucune différence significative dans l'intention de rester ou dans l'autonomisation psychologique globale Le programme a contribué au "sentiment d'autonomisation dans la fonction" et à la "capacité à créer un environnement de travail stimulant"

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
2. Balachandran (2015) Inde Milieu hospitalier	Déterminer les compétences de l'AIC en vue de développer et d'évaluer un programme de formation en cours d'emploi sur la gestion et la supervision (IEPMS)	Approche expéri-mentale pré post test	151 AIC 151 infirmières 40 autres	Non spécifié	**Leadership:** + *Motivation* **Communication interpersonnelle:** + ***Caring* clinico-administratif:** - *Rétroaction, développement professionnel, supervision* **Capacité de résolution de problèmes:** + *Gestion des conflits et du stress* **Connaissance environnement de travail:** - **Autre:** *Code d'éthique, rôles et responsabilités, enseignement aux usagers, audits infirmiers, sensibilisation du*	Discussion Jeux de rôle Vidéo Étude de cas	Non	15 h Présentiel Suivi d'une discussion après 14 jours et d'une seconde discussion après 60 jours	Une augmentation significative du score moyen des connaissances a été observée par rapport au prétest et au post-test Les compétences des AIC dans les domaines conceptuel, humain, technique et de l'encadrement ont été améliorées Les sessions étaient intéressantes, le partage d'expériences permettait d'apprendre les uns

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	Devis	Échantillon	Développement de la formation	Contenu de la formation[1]	Stratégies pédagogiques	Formation dispensée systématiquement	Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation **Une journée = 8 heures*	
					personnel, niveaux de gestion, fonction, gestion du matériel, gestion du personnel, gestion du temps, évaluation de la performance				des autres et les discussions ouvertes facilitaient l'apprentissage de la gestion des problèmes

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
3. Broussard (2017) États-Unis Milieu hospitalier – Département médecine chirurgie	Utiliser des données probantes pour élaborer un programme d'études et un plan d'évaluation qui pourraient être utilisés par le milieu pour former l'AIC	Qualitatif	Non applicable	Adaptation du RBC model	**Leadership: +** *Travail d'équipe, établissement de relations de confiance, responsabilité et autorité comme leader* **Communication interpersonnelle: +** ***Caring* clinico-administratif: -** *Méthode d'appréciation* **Capacité de résolution de problèmes: -** *Gestion de conflits, délégation, priorisation* **Connaissance environnement de travail: -** **Autre:** *Fonction AIC, rôles et responsabilités, Lean*	Présentation Discussion Vidéo Jeux de rôle Exercice Étude de cas	Non	8 heures Présentiel	Des suggestions pour le développement du programme ont été faites Une mise à l'essai de la formation n'a pas eu lieu, donc aucun résultat sur l'appréciation de cette formation et son impact sur le leadership de l'AIC

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
4. Hata (2019) États-Unis Milieu hospitalier	Implanter une formation pour l'AIC afin d'accroître ses compétences	Projet académi-que	21	Une revue de la littérature a été menée. Ensuite un focus group a été créé afin de définir la fonction d'AIC et identifier ses compétences requises Le programme de formation *Ncharge curriculum by Catalyst Learning* a été sélectionné pour être dispensé à l'AIC	**Leadership:** + **Communication interpersonnelle:** - ***Caring* clinico-administratif:** - **Capacité de résolution de problèmes:** - **Connaissance environnement de travail:** - **Autre:** *Compétences interpersonnelles*	Présentation Discussion Étude de cas	Non	4 heures Workshop	100% des AIC recommandent cette formation 90% des AIC mentionnent que cette formation est pertinente pour la fonction d'AIC et devrait aider à devenir de meilleures leaders

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
5. Medero et al. (2023) États-Unis Milieu hospitalier	Évaluer la perception qu'ont les AIC de leur confiance en leur compétence de leadership après avoir participé à un programme structuré de leadership	Étude pilote	12	Non spécifié	**Leadership: +** *Influencer les autres* **Communication interpersonnelle: +** *Communications difficiles* ***Caring* clinico-administratif: -** *Rétroaction* **Capacité de résolution de problèmes: -** **Connaissance environnement de travail: -** **Autre:** *Comprendre les autres, diversité, inclusion, biais conscients et inconscients*	Exercice	Non	4 sessions de 1 h 30 (une par mois pendant 4 mois) Présentiel Envoi courriel avec propositions de modalités supplémentaires pour poursuivre les apprentissages (article, *podcast, blog*)	Augmentation de la confiance en leur compétence du leadership Augmentation dans tous les domaines de leadership

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
					Mécanismes*				
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
6. Shupe (2015) États-Unis Milieu hospitalier - Médecine et chirurgie	Comprendre les principales compétences en leadership nécessaires Améliorer les compétences en leadership de l'AIC	Étude pilote avec évaluation pré/post formation	16	À partir de la littérature	**Leadership:** + **Communication interpersonnelle:** - ***Caring* clinico-administratif:** - *Coaching* **Capacité de résolution de problèmes:** - *Le rétablissement des services des usagers en cas de problèmes* **Connaissance environnement de travail:** + **Autre:** *Reconnaissance du personnel, validation des compétences des usagers*	Présentation Vidéo Jeux de rôle Discussion	Non	8 heures ensuite 2 séances de 2 heures Présentiel	Des connaissances positives ont été effectuées pour chacune des sections du questionnaire post formation versus préformation

Auteurs (année) Pays Milieu d'étude	Méthode				Systèmes du Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef / *TMCN*				Résultats
					Système clinique	Système de gouvernance clinique	Système de gestion		
						Mécanismes*			
	But de l'article	**Devis**	**Échantillon**	**Développement de la formation**	**Contenu de la formation[1]**	**Stratégies pédagogiques**	**Formation dispensée systématiquement**	**Applicabilité: Durée de la formation et mode de dispensation** **Une journée = 8 heures*	
7. Thomas (2016) États-Unis Milieu hospitalier	Développer un programme sur le leadership transforma-tionnel et le plan de mise en œuvre	Projet académi-que	4	Le projet a commencé par une revue systématique de la littérature. Ensuite, pour la conception de la formation, une approche en équipe avec une évaluation du processus a été réalisée par des experts.	**Leadership:** + **Communication interpersonnelle:** - ***Caring* clinico-administratif:** - **Capacité de résolution de problèmes:** - **Connaissance environnement de travail:** - **Autre:** *Compétences interpersonnelles*	Présentation Études de cas Jeux de rôle Exercices	Non	60 heures Présentiel, modules didactiques d'auto-apprentissage et modules en ligne et ajout d'observation sur le terrain et mentorat	Le contenu de la formation est clair

[1]Légende du contenu de formation :
\+ = Adresse cette compétence - = N'adresse pas cette compétence *Texte* = Exemple d'une sous-compétence
Autre = Autre contenu sans lien avec les compétences ou les sous-compétences
*****Principes de transfert des apprentissages absents de toutes les publications

Cette recension des écrits a permis de camper la fonction d'AIC, de définir les compétences, sous-compétences, rôles et responsabilités nécessaires à l'exercice de cette dernière et de nommer certaines stratégies de soutien offertes à l'AIC, dont celle d'une formation. Finalement, un article (Jubinville, Longpré, et al., 2024) démontrant les lacunes dans les formations existantes a permis de rendre explicite le besoin de développer et valider empiriquement une formation actualisée et standardisée visant à soutenir l'AIC dans le renforcement de ses compétences.

Chapitre 3 : Cadre de référence

Ce troisième chapitre détaille les cadres de référence qui ont servi d'ancrage à cette étude. En effet, une combinaison d'un cadre méthodologique et d'un modèle conceptuel a été utilisée. Le cadre méthodologique qui structure les différentes étapes de cette thèse, soit le processus scientifique suivi dans le développement et la validation de la formation en soutien à l'AIC est explicité tout comme, le modèle conceptuel qui a permis d'identifier ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation.

3.1 Cadre méthodologique pour le développement et la validation d'une formation

Pour assurer la rigueur dans le développement et la validation d'une formation, il importe de respecter un processus scientifique méthodologique reconnu. Dans le cadre de cette étude doctorale, l'étudiante-chercheure s'est inspirée du processus suivi par Ghahari et al. (2020) ainsi que Rousselot et al. (2018) pour construire son cadre méthodologique de développement et de validation de la formation. Ces auteurs ont utilisé un processus récent, complet et se réalisant en plusieurs étapes scientifiques assurant une rigueur et une validité interne plus grande. Ce processus comprend un ensemble d'étapes à effectuer, allant de l'identification du contenu à intégrer à la formation, jusqu'à sa mise en œuvre, tout en utilisant des approches scientifiques pour y parvenir. Ainsi, il importe de distinguer le sens des termes « développement » et « élaboration » utilisés dans cette thèse. Le terme « développement » comprend l'ensemble des étapes requises pour mener à terme une formation. Quant au terme « élaboration », il comprend uniquement l'étape de conception de la formation.

3.1.1 Prémisse au développement du cadre méthodologique

Ghahari et al. (2020) ont mené une étude mixte exploratoire séquentielle pour développer le programme *Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice & Enablement,* destiné à aider les immigrants au Canada à améliorer leur confiance et leurs connaissances pour s'orienter dans le réseau de la santé canadien. D'abord, une revue de la portée a été effectuée pour identifier des barrières vécues par les immigrants. Parallèlement, les auteurs ont réalisé une étude qualitative en menant des entrevues semi-dirigées auprès d'immigrants et de professionnels de la santé pour explorer les barrières auxquelles les immigrants sont confrontés pour accéder aux services offerts dans le réseau de la santé canadien. Ensuite, l'élaboration du programme a suivi deux étapes. Premièrement, le programme a été élaboré en collaboration avec des chercheurs, des organismes communautaires et des immigrants, en intégrant les informations issues de l'étude qualitative et de la revue de la portée. Des experts en immigration et des professionnels de la santé ont également contribué à la révision du programme. Deuxièmement, une évaluation formative du programme a été réalisée auprès d'immigrants, ce qui a permis d'affiner et de finaliser son contenu. Enfin, une mise à l'essai du programme avec analyse des données quantitatives (pré, post) a eu lieu pour évaluer son efficacité. En somme, le processus de développement et de validation d'une formation qu'ils ont mené a inclus : une revue de la portée, des entrevues qualitatives, l'élaboration du programme, des consultations, une évaluation formative et finalement une mise à l'essai.

Quant à eux, Rousselot et al. (2018) ont conduit une étude pour développer un outil d'évaluation des compétences des médecins en pratique fondée sur les données probantes (*evidence-based practice*). Le processus a comporté trois principales étapes : l'élaboration de l'outil; l'évaluation de sa faisabilité; et l'évaluation de sa fiabilité. En premier lieu, l'outil a été élaboré en se basant sur la littérature scientifique publiée dans le *Journal of the American Medical Association* concernant la pratique fondée sur les données probantes. Des experts ont supervisé cette phase, en fournissant des commentaires. Puis, la validité de contenu a été évaluée par un groupe d'experts. L'outil a ensuite été mis à l'essai auprès de deux médecins. En deuxième lieu, une évaluation de la faisabilité a été réalisée auprès de participants. Finalement, l'évaluation de la fiabilité a été réalisée de manière indépendante par deux évaluateurs. Donc, le processus de développement et de validation d'une formation qu'ils ont mené a inclus : l'élaboration de l'outil basée sur la littérature scientifique, la révision et l'évaluation de la validité de contenu par des experts, la mise à l'essai, l'évaluation de la faisabilité et, finalement l'évaluation de la fiabilité.

Donc, les processus suivis par Ghahari et al. (2020) ainsi que Rousselot et al. (2018) intègrent tous deux l'élaboration d'un programme ou d'un outil et sa mise à l'essai auprès de la population cible. Toutefois, Ghahari et al. (2020) ont également mené une revue de la portée, alors que Rousselot et al. (2018) ont procédé à l'évaluation de la validité de contenu par des experts ainsi qu'à l'évaluation de la faisabilité et de la fiabilité. Ainsi, ces deux processus avec certaines étapes distinctes, mais complémentaires, ont contribué à l'émergence du cadre méthodologique utilisé dans cette thèse.

3.1.2 Processus de développement et de validation d'une formation

Partant des écrits de Ghahari et al. (2020) et Rousselot et al. (2018), le cadre méthodologique nommé « Processus de développement et de validation d'une formation » a été élaboré. Ce dernier est en concordance avec les objectifs spécifiques poursuivis par cette étude et comprend les étapes suivantes (Figure 8) : identification du contenu de formation par l'intermédiaire d'une revue de la portée afin d'en faire l'élaboration; validation empirique de la formation (validité de contenu et fiabilité) par des experts via une méthode Delphi; et mise en œuvre de la formation à l'aide d'une approche participative, composée exclusivement de deux étapes dans le cadre de cette étude, soit; l'évaluation de la pertinence de la formation par l'intermédiaire de sa mise à l'essai et l'identification des facteurs qui influencent son implantation par l'intermédiaire d'une discussion dirigée. Ainsi, ce processus scientifique est constitué de plusieurs étapes qui seront davantage détaillées dans les deux prochains chapitres de cette thèse.

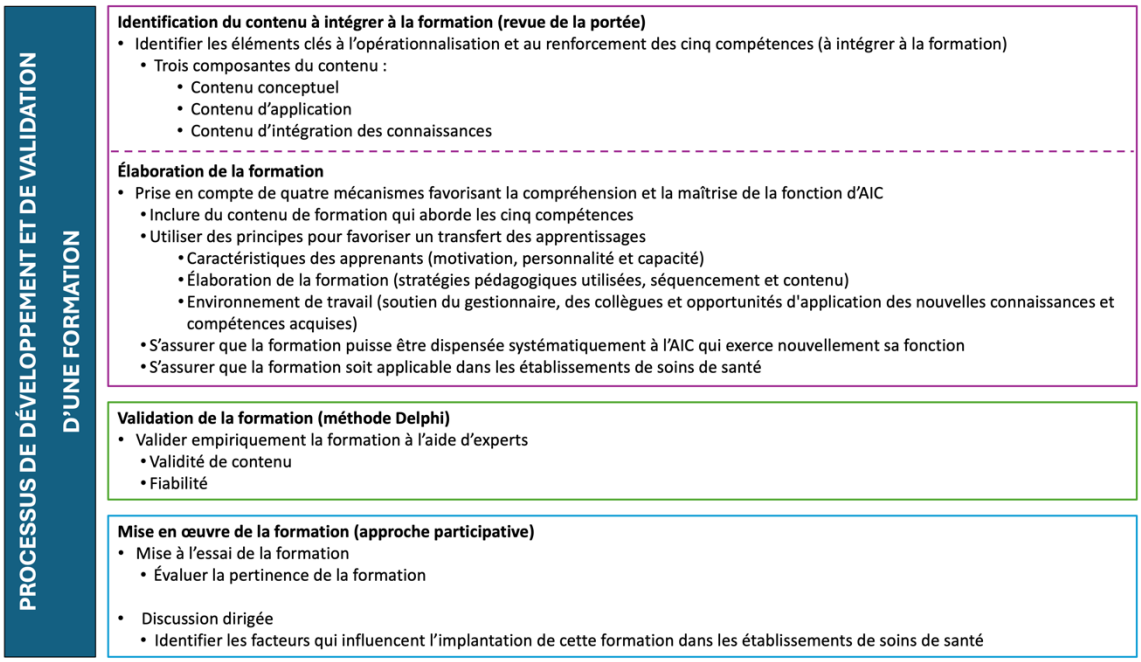


Figure 8. Processus de développement et de validation d'une formation
(inspiré de Ghahari et al. (2020) et Rousselot et al. (2018))

3.2 Modèle conceptuel pour l'élaboration de la formation

La gouvernance clinique s'avère un choix tout indiqué afin de cibler ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation pour l'AIC. La gouvernance clinique représente un espace intermédiaire entre le système clinique et le système de gestion d'un établissement de soins de santé. Elle constitue un nouveau mode d'action collective et un objet de gouvernance, où les savoirs et les relations des acteurs de ces deux systèmes se mobilisent de manière égalitaire et bénéfique pour tous. Cette approche englobe toutes les initiatives visant à optimiser la qualité des soins et des services de santé (Brault et al., 2008). Ainsi, le modèle conceptuel renouvelé de la gouvernance clinique de Brault et al. (2008) sera présenté.

3.2.1 Prémisse au développement du modèle conceptuel

Brault et al. (2008) se sont inspirés des écrits de Hatchuel (2000) pour développer leur modèle renouvelé de gouvernance clinique. La modélisation proposée par ces auteurs (Figure 9) permet de répondre aux enjeux d'implantation et de synergie en matière de gouvernance clinique. Elle offre une vision dynamique, composée de deux systèmes interconnectés (clinique et de gestion) en plus de la gouvernance clinique (Brault et al., 2008). Le système clinique constitue le centre opérationnel de l'organisation professionnelle et comprend l'ensemble des connaissances, de l'expertise, des compétences et de l'autorité de gouvernance détenue par les professionnels (Brault et al., 2008). Quant à la gouvernance clinique, elle laisse place aux initiatives cliniques et de gestion, vouée à une qualité des soins, à une excellence clinique et à une performance de l'établissement de soins de santé. Elle comprend la mobilisation des savoirs et des relations, les initiatives de qualité, le leadership et les structures informelles (Brault et al., 2008). Elle joue un rôle clé en réconciliant la clinique (système clinique) et la gestion (système de gestion), afin d'éviter qu'ils ne fonctionnent en silos. Finalement, le système de gestion est en soutien aux professionnels afin d'augmenter leur performance. Ce système comprend les modes de financement, les structures formelles, l'information et l'autorité de gouvernance des gestionnaires (Brault et al., 2008). L'organisation professionnelle pour sa part, mobilise des règles, des ressources et une idéologie (discours managérial) qui influencent les systèmes clinique et de gestion, en facilitant ou en limitant le pouvoir d'action des professionnels et des gestionnaires (Brault et al., 2008). Ainsi, ce modèle favorise un enrichissement mutuel, contribuant à l'excellence clinique et

managériale au bénéfice des usagers nécessitant des services dans les établissements de soins de santé (Brault et al., 2008). Ce modèle a été référencé à l'international dans la publication d'Ayed et al. (2015) ainsi qu'au Québec, notamment dans celles de Maillet (2014) et Marchand (2017). Le modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008) se démarque ainsi et a été sélectionné, car il permet d'identifier ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation destinée à l'AIC, afin de favoriser un renforcement de ses compétences en gestion clinico-administrative pour qu'elle exerce de façon optimale sa fonction.

Figure 9. Modèle renouvelé de gouvernance clinique
(Brault et al., 2008)

3.2.2 Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef

Dans le cadre de cette étude doctorale, une adaptation du modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008) a été réalisée par l'étudiante-chercheure, et validée par ses co-directeurs de recherche pour s'assurer qu'il réponde aux objectifs visés (validation consensuelle). Ce modèle conceptuel nommé « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef » (Figure 10) intègre les deux systèmes du modèle initiateur de Brault et al. (2008), en plus de l'espace intermédiaire de gouvernance clinique, nommé dans cette thèse comme étant un système. Il inclut également les mécanismes qui favorisent la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC, explicités dans les deux précédents chapitres de cette thèse, en les liant à l'un des systèmes de ce modèle. L'utilisation de ce modèle nous a permis de comprendre dans quelle mesure la mobilisation de ses trois systèmes (clinique, gouvernance clinique et de gestion) permet l'élaboration d'une formation en soutien à l'AIC dans le renforcement de ses compétences. Les trois systèmes constituant ce modèle sont décrits à la Figure 10.

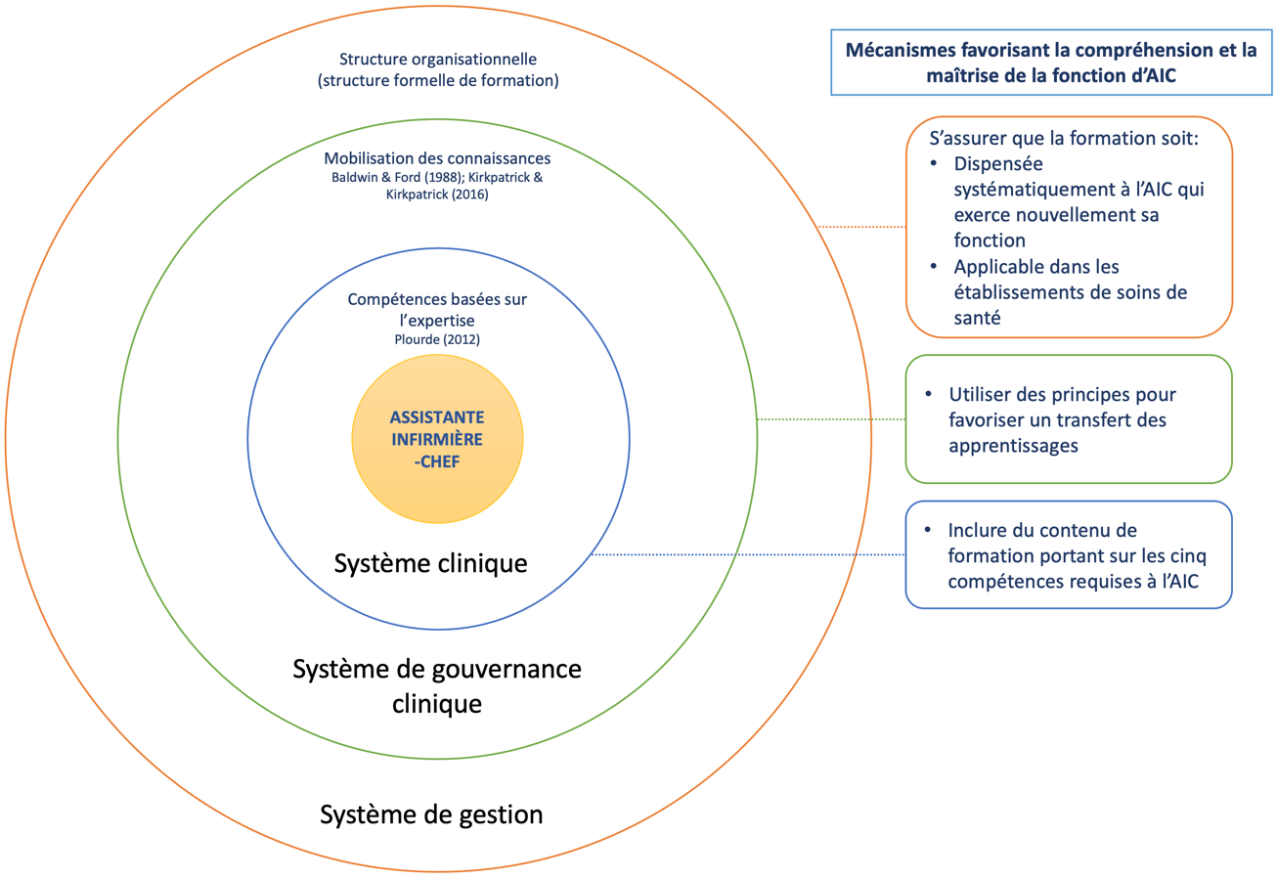


Figure 10. Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef
(adaptation de Brault et al., 2008)

3.2.2.1 Système clinique

Dans le cadre de cette étude, le système clinique se compose des « compétences basées sur l'expertise », opérationnalisées par les cinq compétences de l'AIC identifiées par Plourde (2012) dans son essai de maîtrise. À titre de rappel, ces compétences sont : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; ainsi que la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Plourde (2012) a élaboré un référentiel des compétences pour

l'AIC travaillant à l'urgence, à partir de l'analyse des données qualitatives et quantitatives collectées par observations et via un questionnaire autoadministré. Ce référentiel a été utilisé dans l'étude qualitative descriptive de Turmel Courchesne (2015), où neuf participants provenant d'unités de soins en milieu hospitalier ont confirmé que, de façon générale, ces compétences correspondent bien à la réalité de l'AIC. Partant de ce constat et des informations issues de la recension des écrits qui montrent que ces compétences sont bien documentées dans la littérature internationale et québécoise, ce référentiel est donc approprié pour représenter l'expertise que l'AIC démontrera à travers les cinq compétences qu'elle doit renforcer pour exercer sa fonction de manière optimale.

Dans la formation pour l'AIC, le mécanisme qui a permis d'actualiser les « compétences basées sur l'expertise » repose sur l'inclusion de contenu de formation actualisé et complet, soit qui aborde les cinq compétences requises à la fonction d'AIC. Ainsi, le système clinique est essentiel, car il constitue le cœur de la formation, soit les compétences basées sur l'expertise en incluant à la formation le contenu lié à ces dernières.

3.2.2.2 Système de gouvernance clinique

Le système de gouvernance clinique consiste à la « mobilisation des connaissances », qui renvoie au potentiel de transfert dans la pratique par l'AIC, des apprentissages qu'elle effectuera dans le cadre de sa formation. Le transfert des apprentissages est défini comme la mesure dans laquelle l'AIC applique dans son travail, les connaissances, compétences et attitudes acquises au cours de la formation à laquelle

elle aura assisté (Baldwin & Ford, 1988). La mobilisation des connaissances est opérationnalisée par le *Model of the Transfer Process* de Baldwin et Ford (1988), ainsi que le *New World Kirkpatrick Model* de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016).

Model of the Transfer Process. Ce modèle développé par Baldwin et Ford (1988) découle d'une revue critique des écrits sur le transfert des apprentissages, visant à proposer des orientations pour les recherches futures (Figure11). Ce modèle suggère de prendre en compte les éléments suivants : les intrants à la formation constitués d'une combinaison de trois principes, à savoir les caractéristiques des apprenants (capacité, personnalité et motivation), l'élaboration de la formation (stratégies pédagogiques utilisées, séquencement et contenu de formation), et l'environnement de travail (soutien obtenu du gestionnaire et des collègues et opportunités d'application des nouvelles connaissances et compétences acquises); les extrants à la formation; et les conditions de transfert. Ainsi, la combinaison des trois principes (intrants à la formation) est nécessaire pour apprendre et retenir des nouveaux apprentissages (extrants à la formation), ainsi que pour générer et retenir ces derniers (conditions de transfert) (Baldwin & Ford, 1988). Ce modèle est désormais reconnu comme fondamental dans son domaine. En effet, il a été largement utilisé dans diverses études, y compris en sciences infirmières (Bai et al., 2018; Ma et al., 2018). Il a également fait l'objet de plusieurs recherches qualitatives et quantitatives visant à évaluer chacun de ses principes, notamment l'environnement de travail, comme l'a recensé la revue systématique de Jackson et al. (2019). Par le fait même, ce modèle s'est

forgé une crédibilité au fil des ans. Partant de ces constats, son utilisation dans le cadre de cette étude doctorale est pleinement justifiée.

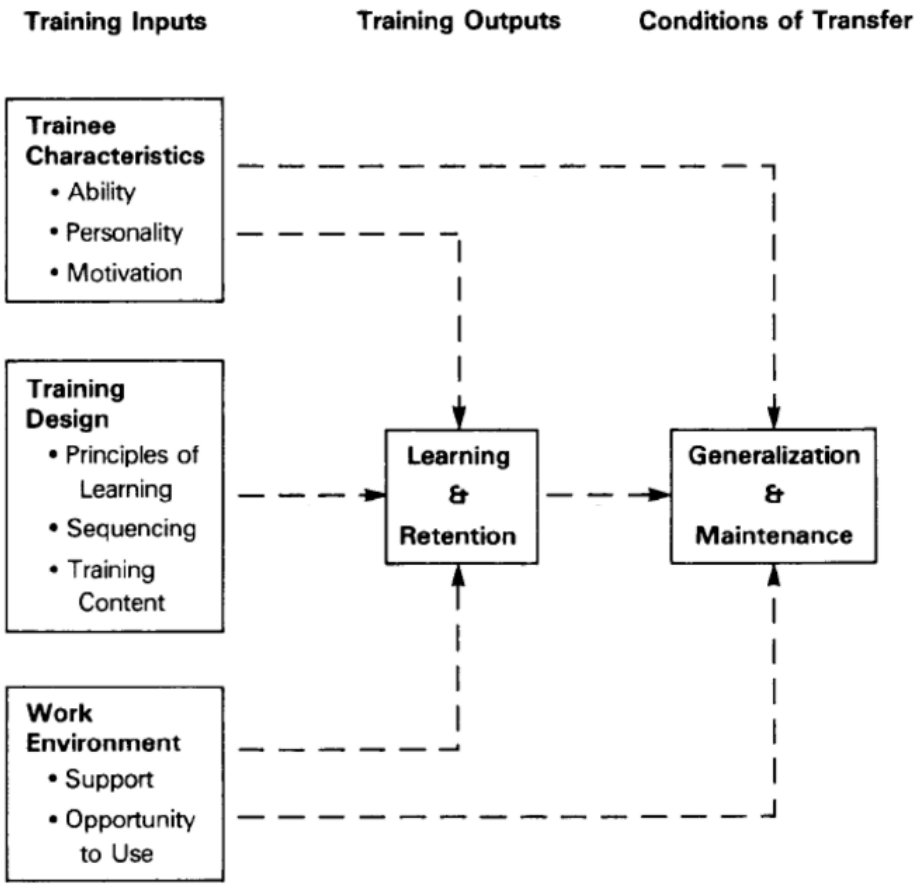


Figure 11. Model of the Transfer Process
(Baldwin & Ford, 1988)

New World Kirkpatrick Model. Dans les années 1950, Don Kirkpatrick a créé les quatre niveaux d'évaluation d'une formation dans le cadre de ses études universitaires. À cette époque, il voulait savoir si, comme enseignant, les formations qu'il dispensait faisaient la différence chez les étudiants. Ces quatre niveaux ont été grandement utilisés

pour évaluer des formations, mais ont également fait l'objet de plusieurs critiques (Moreau, 2017). En réponse à ces dernières, le fils et la belle-fille de Don Kirkpatrick ont modernisé ces niveaux d'évaluation en développant le *New World Kirkpatrick Model* (Figure 12), davantage adapté aux modes d'apprentissage contemporains (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016). Ces quatre niveaux sont : 1) « réaction », qui évalue la satisfaction des participants à l'égard de la formation et la manière dont elle répond à leurs attentes; 2) « apprentissage », qui concerne notamment les connaissances et compétences acquises pendant la formation; 3) « comportement », qui examine les changements de comportement découlant des nouveaux apprentissages (transfert des apprentissages); et 4) « résultats », qui mesurent les effets de la formation sur l'individu, son secteur de soins et son établissement de soins de santé. Ce modèle a été utilisé dans de nombreuses études issues de divers domaines, y compris ceux des sciences de la santé (Bhatia et al., 2021; Walker et al., 2019). Au terme de l'élaboration d'une formation, il est essentiel d'en faire son évaluation afin de s'assurer de maximiser les retombées des investissements effectués dans celle-ci (Rivard & Lauzier, 2024). Cette évaluation doit prendre appui sur un modèle reconnu qui permettra d'influencer la construction des questions d'évaluation (Moreau, 2017), afin de s'assurer que tous les aspects importants soient évalués. Le *New World Kirkpatrick Model* répond ainsi à cette prémisse vu sa facilité d'utilisation démontrée par son intégration dans de multiples recherches, sa fiabilité et sa réputation. Ce modèle permet ainsi d'évaluer la formation et d'informer sur sa pertinence. Par la suite, la formation pourra être révisée en fonction des commentaires obtenus de la part des participants. Ce modèle sert à ajuster la formation dans un processus d'amélioration

continue, afin de permettre aux AIC une mobilisation de leurs connaissances renforçant leurs compétences.

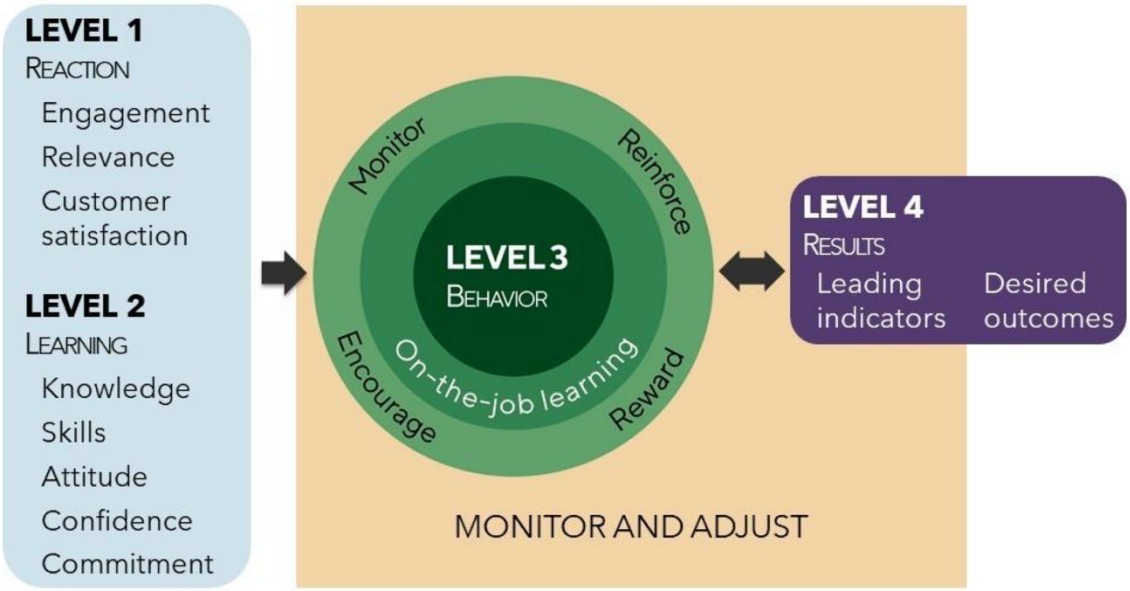


Figure 12. New World Kirkpatrick Model
(Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016)

En somme, le *Model of the Transfer Process* de Baldwin et Ford (1988) ainsi que le *New World Kirkpatrick Model* de Kirkpratrick et Kirkpatrick (2016) sont complémentaires à l'opérationnalisation de la « mobilisation des connaissances » du système de gouvernance clinique. En résumé, le premier modèle permet de s'assurer que plusieurs principes sont respectés et inclus dans le développement et la validation de la formation, afin de potentialiser le transfert des apprentissages appris vers la pratique. Comme le souligne Roussel (2011), le transfert des apprentissages permet un développement des compétences et non seulement des savoirs. Le deuxième modèle

permet la prise en compte des quatre niveaux d'évaluation afin de s'assurer que la formation destinée à l'AIC: 1) satisfait les participants en répondant à leurs besoins; 2) augmente leurs apprentissages effectués en lien avec les connaissances et compétences; 3) augmente le transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique (modification de comportement); et 4) permet l'atteinte des résultats visés, soit que l'AIC renforce ses compétences et assume pleinement sa fonction.

Dans la formation, le mécanisme qui a permis d'actualiser la « mobilisation des connaissances » du système de gouvernance clinique repose sur l'utilisation de principes favorisant le transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique, avec pour objectif de renforcer les compétences de l'AIC.

3.2.2.3 Système de gestion

Le système de gestion consiste à la « structure organisationnelle (structure formelle de formation) ». La structure organisationnelle établit le cadre hiérarchique et structure le travail dans les établissements de soins de santé en fixant des objectifs cohérents, spécifiques et clairs. Elle définit également les rôles et responsabilités du personnel et précise la manière dont les relations sont organisées ainsi que les canaux de collaboration et de communication (Gouvernement du Québec, 2023b). Elle n'est pas opérationnalisée par un modèle spécifique. Il s'agit ni plus ni moins de tenir compte des diverses variables de la structure organisationnelle des établissements de soins de santé, afin de garantir la mise en place d'une structure formelle permettant de dispenser la formation à l'AIC.

Les mécanismes qui ont permis d'actualiser la « structure organisationnelle (structure formelle de formation) » consistent à s'assurer que la formation soit dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction et que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé. Un soutien organisationnel, à travers cette formation dispensée systématiquement, offre à l'AIC les moyens nécessaires pour renforcer ses compétences. De plus, pour que la formation soit applicable, il est essentiel que sa durée soit raisonnable, permettant ainsi la libération de l'AIC pour y participer, et que son mode de dispensation soit approprié à l'apprentissage. Donc, le système de gestion est déterminant dans l'élaboration de cette formation puisqu'il tient compte de la structure organisationnelle des établissements de soins de santé.

En somme, le modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008) a servi de fondation pour développer le « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef ». Ce modèle composé de trois systèmes permet d'identifier ce qui doit être considéré dans l'élaboration de la formation, en réponse aux principes de la gouvernance clinique spécifiques à la fonction d'AIC, ainsi qu'à l'objectif général de cette étude. Spécifiquement, le système clinique confère à l'AIC, en tant que professionnel, une autorité de gouvernance fondée sur ses cinq compétences et son expertise, qui seront notamment renforcées, en particulier, grâce à sa participation à la formation. Quant au système de gouvernance clinique, il permet à l'AIC de mobiliser ses connaissances acquises en formation en y intégrant des principes qui favorisent le transfert de ses apprentissages dans sa pratique, ce qui optimisera sa performance et celle de son

établissement de soins de santé. Finalement, le système de gestion tient compte de la structure organisationnelle en promouvant la mise en place d'une structure formelle de formation sous la direction des gestionnaires des établissements de soins de santé qui détiennent l'autorité de gouvernance. Assurer la dispensation systématique de cette formation et son applicabilité au sein des établissements de soins de santé, favorisera l'instauration de cette structure formelle, qui à son tour, favorisera la performance de l'AIC par le renforcement de ses compétences et l'exercice optimal de sa fonction.

Enfin, la combinaison du cadre méthodologique « Processus de développement et de validation d'une formation » destinée à l'AIC et du modèle conceptuel « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef » a servi d'ancrage à cette thèse. En effet, ce cadre méthodologique et ce modèle conceptuel ont permis de structurer les étapes à suivre dans le processus scientifique de développement et de validation de la formation destinée à l'AIC, ainsi qu'à identifier ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation.

Chapitre 4 : Méthodologie de recherche

Ce quatrième chapitre présente les postures philosophiques de l'étudiante-chercheure, soit sa posture épistémologique, ontologique et axiologique. Puis, la méthode mixte de recherche utilisée dans le cadre de cette thèse par l'utilisation d'un devis de recherche de type développement se déclinant en trois approches est explicitée. Finalement, les considérations éthiques de la recherche ainsi que les critères de rigueur scientifique sont présentés.

4.1 Postures philosophiques

En tant qu'étudiante-chercheure, il est primordial de reconnaître les postures philosophiques (épistémologique, ontologique et axiologique) que l'on adopte. Une réflexion critique sur ces dernières, ainsi que sur les connaissances actuelles liées à notre domaine de recherche est donc indispensable (Ballard et al., 2016). Ce qui suit expose les positions philosophiques adoptées par l'étudiante-chercheure dans le cadre de cette étude doctorale, à savoir sa posture épistémologique, ontologique et axiologique.

4.1.1 Posture épistémologique

De façon consensuelle, l'épistémologie est l'étude de la nature des connaissances, qui explore la notion de savoir ainsi que les processus permettant de la modéliser. En somme, elle établit les règles de la connaissance scientifique (Debout, 2011; Schultz & Meleis, 1988). Gagnon et Hébert (2000) renchérissent en indiquant que l'épistémologie nous permet d'atteindre un niveau de connaissance sur un sujet spécifique où nous étions préalablement ignorants. Dans le cadre de cette thèse doctorale, la posture

épistémologique employée par l'étudiante-chercheure est le paradigme postpositiviste, influencé par le paradigme pragmatiste.

Le paradigme postpositiviste cherche à atteindre l'objectivité et la reproductibilité des connaissances, tout en acceptant que la réalité reste partiellement inaccessible et que la science produit des résultats probabilistes, sujets à révision (Fortin & Gagnon, 2022). Ce paradigme reconnaît que plusieurs causes peuvent influencer un résultat (Creswell & Poth, 2018). Dans cette étude doctorale, il est reconnu que la formation développée et validée scientifiquement n'est pas la seule voie pour renforcer les compétences en gestion clinico-administrative de l'AIC, le vécu expérientiel peut également y contribuer (Kuraoka, 2019; Roussel, 2011). Enfin, un raisonnement déductif prévaut et amène le chercheur à prédire et contrôler des phénomènes (Fortin & Gagnon, 2022). À cet égard, le cadre méthodologique et le modèle conceptuel qui ont servi de fondement à cette étude ont été établis avant qu'elle ne soit menée. C'est à partir de ces derniers que les objectifs et la méthodologie ont été définis, permettant ainsi de produire des connaissances généralisables pour les établissements de soins de santé. Par ailleurs, le paradigme pragmatiste a également influencé l'étudiante-chercheure. Ce dernier se concentre sur les actions et les résultats de l'étude, voire les solutions aux problèmes, tout comme le paradigme postpositiviste (Creswell & Poth, 2018). Les chercheurs pragmatiques adoptent diverses approches méthodologiques afin de procéder à la collecte et à l'analyse des données pour répondre à la question de recherche (Creswell & Poth, 2018), comme c'est le cas dans cette étude à devis mixte qui a utilisé des données quantitatives, supportée par

des données qualitatives. Aussi, ce paradigme soutient une vision pluraliste (Weaver & Olson, 2006) visible dans cette étude par l'utilisation du modèle du transfert des apprentissages de Baldwin et Ford (1988) et du modèle constitué des quatre niveaux d'évaluation d'une formation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) ne provenant pas de la discipline infirmière. Ainsi, bien que le paradigme postpositiviste soit prédominant, une tendance pragmatique est également présente dans cette étude.

4.1.2 Posture ontologique

L'ontologie réfère à la nature et à la structure de l'être humain, à l'environnement et à la santé humaine (Bouteiller, 2014). Dans cette étude, l'ontologie est conceptualisée comme une réalité qui existe, influencée par des causes naturelles (Polit & Beck, 2021). Ainsi, le renforcement des compétences de l'AIC est influencé par divers éléments, dont une formation spécifique. Précisément, la posture ontologique employée dans cette étude doctorale est le paradigme de la transformation qui se caractérise par un changement en constante évolution et unidirectionnel, où l'avancée est continuelle (Pepin et al., 2024). En effet, les études précédentes ont permis de définir les compétences nécessaires à l'exercice de la fonction d'AIC (Plourde, 2012) et d'identifier certaines stratégies de soutien, dont la formation favorisant un renforcement des compétences de l'AIC (Lessard, 2018). Quant à cette thèse, elle a permis d'actualiser en pratique ces résultats d'études afin qu'il y ait une avancée au niveau du corpus de connaissances disponible sur l'AIC. Aussi, l'utilisation de trois approches de recherche complémentaires (revue de la portée, méthode Delphi et approche participative de mise en œuvre) pour répondre aux objectifs

spécifiques de l'étude est en cohérence avec le paradigme de la transformation qui suggère l'utilisation de plusieurs approches méthodologiques pour développer de nouvelles connaissances (Pepin et al., 2024).

4.1.3 Posture axiologique

L'axiologie examine la nature des valeurs dans une étude, contribuant ainsi à définir ce qui est considéré comme bon ou mauvais dans celle-ci (Creswell & Poth, 2018; McEwen & Wills, 2019). Le chercheur reconnaît la possibilité que des valeurs et des préjugés influencent la recherche qu'il mène, ce qui peut introduire des biais liés à ses propres perspectives, à son rôle et au contexte de l'étude (Creswell & Poth, 2018). Spécifiquement, l'étudiante-chercheure est empreinte de la posture de neutralité axiologique où il s'agit de prendre conscience de ses propres valeurs, afin de minimiser au maximum les biais possibles qu'elles pourraient engendrer (Weber, 1965). Le chercheur doit s'en tenir aux faits objectifs sans jugement évaluatif et sans laisser transparaître ses valeurs au sein de son étude (Daoust, 2013; Weber, 1965). Cette neutralité axiologique a été appliquée par l'étudiante-chercheure dans l'ensemble de cette étude. En effet, à chacune des approches méthodologiques, l'étudiante-chercheure a considéré les résultats tels qu'ils étaient, sans les modifier ou les discréditer pour qu'ils conviennent à ses propres valeurs.

En somme, cette étude s'appuie sur une posture épistémologique propre au paradigme postpositiviste, avec certaines influences pragmatiques. Sur le plan

ontologique, elle adopte une posture de la transformation visant à faire progresser les connaissances en s'appuyant sur des recherches antérieures concernant l'AIC, où la nécessité de soutenir le renforcement des compétences était clairement établie. Au niveau de l'axiologie, la posture de neutralité axiologique est employée, où l'étudiante-chercheure s'est abstenue tout au long de l'étude d'imposer ses propres valeurs lors du développement et de la validation de la formation. Enfin, les fondements de cette étude sont bien positionnés, mais surtout en cohérence les uns avec les autres.

4.2 Méthode mixte de recherche

Cette étude a adopté une méthode mixte de recherche à devis convergent, puisque des données quantitatives et qualitatives ont été utilisées (Creswell & Clark, 2018). Le devis convergent est largement privilégié dans les méthodes mixtes, car il combine, de manière concomitante, des méthodes quantitatives et qualitatives lors de la collecte ou de l'analyse des données. Cette intégration des deux méthodes permet de confirmer, infirmer ou valider les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives (Fortin & Gagnon, 2022). Ainsi, de répondre à l'objectif général de l'étude de cette thèse doctorale, un devis de type recherche de développement a été utilisé (Gascon & Germain, 2017; Loiselle & Harvey, 2007). La recherche de développement se définit comme l'analyse du processus de développement de l'objet (formation), incluant son élaboration et sa mise à l'essai, en tenant compte des données collectées à chaque phase du processus et de la littérature scientifique existante (Loiselle & Harvey, 2007). Pour répondre aux objectifs spécifiques de cette étude, trois approches ont été utilisées, soit une revue de la portée, une méthode

Delphi et une approche participative de mise en œuvre. Le Tableau 9 présente un résumé des approches méthodologiques utilisées. De plus, le protocole publié de cette thèse ainsi que celui de la revue de la portée sont disponibles aux appendices C et D.

Tableau 9. Résumé des approches méthodologiques utilisées

Objectif	Approche méthodologique utilisée	Titre de l'article	Nom de la revue	Statut de l'article
Objectif général de la thèse				
Développer et valider empiriquement une formation en soutien au renforcement des compétences de l'AIC	Combinaison des trois approches de recherche (revue de la portée, méthode Delphi et approche participative de mise en œuvre)	Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol	Nursing Open	Publié
Objectifs spécifiques de la thèse				
1. Identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC à intégrer à la formation	Revue de la portée	Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training	BMJ Open	Publié
		Article 2 – Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée	Avancées en formation infirmière	Accepté

Objectif	Approche méthodologique utilisée	Titre de l'article	Nom de la revue	Statut de l'article
2. Valider empiriquement, à l'aide d'experts, la formation élaborée par l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité	Méthode Delphi	Article 3 – Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi	Avancées en formation infirmière	Soumis
3. Évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé	Approche participative de mise en œuvre Mise à l'essai et discussion dirigée	Article 4 – La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative	Recherche en soins infirmiers	Soumis

4.2.1 Revue de la portée

La revue de la portée (*scoping review*) consiste en une analyse préliminaire d'une question générale dans un domaine clinique. Elle inclut une synthèse exhaustive des données probantes afin d'éclairer la pratique, tout en fournissant des informations utiles pour orienter de futures recherches (Fortin & Gagnon, 2022). Puisqu'elle permet d'explorer un sujet de recherche vaste de manière approfondie, elle est de plus en plus utilisée par les chercheurs pour faire une synthèse des données existantes dans la littérature scientifique ou grise ou encore pour clarifier des concepts (Mazaniello-Chézol & Corbière, 2020). De plus, il s'agit d'une approche rigoureuse qui suit des étapes

standardisées. Dans le cadre de cette étude doctorale, les lignes directrices du *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020) offrant un cadre méthodologique à la réalisation d'une revue de la portée ont été scrupuleusement appliquées. Ainsi, cette revue de la portée avait pour but d'identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC, à intégrer à la formation élaborée.

4.2.2 Méthode Delphi

La méthode Delphi permet d'élaborer des orientations consensuelles portant sur les meilleures pratiques par l'intermédiaire d'un questionnaire dispensé à des experts en deux tours ou plus de validation (Jünger et al., 2017). Des experts sélectionnés en fonction de leurs connaissances approfondies dans le domaine visé par la validation émettent anonymement leurs opinions en remplissant individuellement un questionnaire préalablement élaboré par le chercheur. Ainsi, l'expert peut émettre son opinion honnêtement, sans pression sociale ou provenant d'autres participants, ce qui réduit les biais potentiels. Cette méthode complète peut inclure des données quantitatives et qualitatives (Booto Ekionea et al., 2011; Jünger et al., 2017). Dans le cadre de cette étude doctorale, la méthode Delphi visait à valider (validité de contenu et fiabilité), par des experts, la formation élaborée et destinée à soutenir l'AIC dans le renforcement de ses compétences.

4.2.3 Approche participative de mise en œuvre

L'approche participative permet d'établir un partenariat entre la personne concernée (AIC) par l'objet de recherche (formation) et le chercheur et ainsi valoriser la co-construction (Jagosh et al., 2012; Vaughn & Jacquez, 2020). Cette approche a des retombées importantes, notamment en permettant de garantir une recherche culturellement et logistiquement appropriée, ainsi qu'en améliorant la qualité de l'objet de recherche et ses résultats dans le temps (Jagosh et al., 2012). Dans le cadre de cette étude, l'approche participative s'est réalisée par l'amorce de la mise en œuvre de la formation. La mise en œuvre (*implementation science)* est définie comme « l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé » [traduction libre] (p.1) (Eccles & Mittman, 2006). Spécifiquement dans cette recherche doctorale, deux étapes de la mise en œuvre sont visées, se traduisant par 1) l'évaluation de la formation par l'intermédiaire de sa mise à l'essai, et 2) l'identification des facteurs qui influencent son implantation par l'intermédiaire d'une discussion dirigée. La mise à l'essai consiste à mener l'étude ou l'intervention (formation), auprès d'un petit échantillon formé de la même population de recherche (AIC), afin d'évaluer la pertinence des méthodes proposées et de vérifier si elles produisent les résultats attendus, permettant d'apporter les ajustements nécessaires avant son implantation (Gray & Grove, 2021; White & Branch, 2001). Les participants ont procédé à l'évaluation de sa pertinence selon les quatre niveaux d'évaluation nommés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), par

l'intermédiaire d'un questionnaire autoadministré en ligne via la plateforme *LimeSurvey.* Puisque la connexion internet sans fil n'était pas disponible dans la salle de formation et par commodité, les participants ont complété le questionnaire en version papier. Les participants AIC devaient ainsi se prononcer sur la pertinence de la formation, et émettre des suggestions de modifications, afin qu'une co-construction et une amélioration de cette dernière aient lieu. Quant à la discussion dirigée, aussi appelée entrevue structurée, elle consiste à une interaction verbale avec un ou plusieurs participants où les questions, leur ordonnancement et le temps alloué à chacune d'entre elles sont prédéfinis (Fortin & Gagnon, 2022). Ainsi, l'étudiante-chercheure a procédé à une discussion dirigée avec les mêmes participants AIC, afin d'identifier, selon leur perception, les facteurs qui influencent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé. Ainsi, une liste de facteurs qui influencent l'implantation de la formation a été coconstruite avec les participants AIC.

Les détails méthodologiques employés pour chacune de ces approches sont présentés dans le cinquième chapitre de cette thèse.

4.3 Considérations éthiques de la recherche

Les principes éthiques dictés dans l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et al., 2022) ont été respectés dans le cadre de cette étude doctorale. D'abord, l'étudiante-chercheure a suivi une formation obligatoire en éthique de la recherche

(EPTC 2 : FER-2022). Ensuite, l'étudiante-chercheure a reçu les approbations éthiques du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence : 2021-1261) (appendice E) et de l'établissement de soins de santé (CISSS) où s'est déroulée la mise en œuvre de la formation (référence 2021-333_168_MP) (appendice F). À chacune des étapes de l'étude où des participants étaient impliqués, toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée leur a été transmise. Ils avaient également l'occasion de poser leurs questions pour éclaircir certaines informations. En plus, les avantages et désavantages de leur participation leur ont été divulgués. Les participants ont donné leur consentement par l'intermédiaire d'un formulaire de consentement signé, ont été bien informés des modalités de l'étude et ont pu cesser d'y participer à tout moment, librement et sans risque de préjudice. L'anonymat a été assuré en attribuant un code numérique associé à chacun des participants. Finalement, les données collectées de façon virtuelle via la plateforme en ligne *LimeSurvey* ont été détruites de celle-ci et enregistrées sur l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheure, protégé par un mot de passe robuste. Ces données seront détruites de façon permanente cinq ans après la fin de ce projet doctoral (en 2030).

4.4 Critères de rigueur scientifique

Quatre éléments fondamentaux ont été mis en place afin de s'assurer qu'il y ait un processus de recherche scientifique (Fortin & Gagnon, 2022) : 1) l'utilisation d'un cadre méthodologique et d'un modèle conceptuel ont permis de combler les lacunes dans la littérature sur le développement et la validation d'une formation visant à renforcer les

compétences d'une AIC qui exerce nouvellement sa fonction; 2) l'utilisation d'une approche basée sur les données probantes à l'aide d'une revue de la portée a permis d'élaborer empiriquement la formation; 3) l'utilisation d'une méthode Delphi avec des experts a renforcé la validité interne du contenu et la rigueur scientifique de l'étude, tout en rendant la formation empirique; et 4) l'utilisation d'une approche participative pour mettre en œuvre la formation a permis d'augmenter la rigueur de cette étude. Ainsi, un processus scientifique afin de répondre aux objectifs spécifiques de cette recherche a été utilisé, augmentant la validité interne, externe, de construit et de contenu.

Chapitre 5 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats associés aux trois approches méthodologiques employées, répondant aux objectifs spécifiques de cette thèse. Un article scientifique distinct est dédié à chacune des trois approches méthodologiques, présentant les principaux résultats. Des résultats complémentaires sont ensuite fournis pour chaque approche.

5.1 Approche méthodologique – Revue de la portée

5.1.1 Article 2. Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée

Titre de l'article : Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée

Auteurs : Maripier Jubinville (MJ), Caroline Longpré (CL), Éric Tchouaket Nguemeleu (ÉTN), Stephanie Robins (SR), Fatima El-Mousawi (FEM), Emilie Belanger (EB), Katya Kruglova (KK), Drissa Sia (DS), Idrissa Beogo (IB)

Contribution des auteurs :

Maripier Jubinville, étudiante-chercheure, est l'auteure principale de cet article. Elle a : procédé à la conception de l'étude; élaboré la stratégie de recherche; révisé la stratégie de recherche; sélectionné les publications en fonction des critères d'éligibilité; extrait les données; analysé et interprété les données; rédigé l'article; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soumis l'article.

Caroline Longpré et Éric Tchouaket Nguemeleu ont : révisé la stratégie de recherche; sélectionné les publications en fonction des critères d'éligibilité; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soutenu l'étudiante-chercheure.

Stephanie Robins, Emilie Belanger et Katya Kruglova ont : sélectionné les publications en fonction des critères d'éligibilité; procédé à la révision critique de l'article; et procédé à la révision linguistique de l'article.

Fatima El-Mousawi a : sélectionné les publications en fonction des critères d'éligibilité; participé à l'extraction des données; procédé à la révision critique de l'article et procédé à la révision linguistique de l'article.

Drissa Sia et Idrissa Beogo ont : révisé la stratégie de recherche; procédé à la révision critique de l'article; et procédé à la révision linguistique de l'article.

Nom de la revue : Avancées en formation infirmière

Date de soumission : 31 juillet 2024

Statut de l'article : Accepté (appendice G)

Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée

5.1.1.1 Résumé

Introduction : L'assistante infirmière-chef (AIC) occupe une fonction de gestion clinico-administrative qui nécessite de détenir notamment cinq compétences : leadership; communication interpersonnelle; *caring* clinico-administratif; capacité de résolution de problèmes; et connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Toutefois, celles-ci sont peu abordées en formation continue pour l'AIC dans les établissements de soins de santé et les formations existantes recensées n'abordent pas l'ensemble des cinq compétences requises ou le contenu lié à ces dernières est peu développé. Ainsi, en l'absence d'une formation appropriée, la capacité de l'AIC à exercer optimalement sa fonction est limitée et un écart persiste entre les exigences complexes liées à cette fonction et sa capacité à y répondre. Donc, il s'avère nécessaire d'offrir une formation reconnue scientifiquement palliant les lacunes ci-haut mentionnées. **Objectif :** Identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC, afin de les intégrer à une formation en développement lui étant dédiée. **Méthode :** Une revue de la portée a été effectuée en s'appuyant sur le cadre d'analyse du Joanna Briggs Institute. Les bases de données CINAHL, MEDLINE, Cairn, ScienceDirect et la littérature grise ont été interrogées à l'aide d'une stratégie de recherche élaborée. Pour être incluses, les publications devaient répondre aux critères suivants : aborder l'AIC et minimalement un élément clé à l'opérationnalisation et au renforcement d'au moins une des cinq compétences, être parues entre 2000 et 2021 et être rédigées en français ou en

anglais. **Résultats** : Des 2 672 publications identifiées, 23 d'entre elles ont correspondu à l'ensemble des critères d'inclusion. À la suite de l'analyse des données, trois composantes du contenu pouvant être incluses à la formation ont été identifiées; du contenu conceptuel; d'application; et d'intégration des connaissances. **Conclusion :** Cette revue de la portée a permis de cibler le contenu à intégrer à la formation en développement afin de soutenir l'appropriation et le renforcement des compétences de l'AIC, lui permettant d'exercer optimalement sa fonction.

Mots-clés : revue de la portée, assistante infirmière-chef, compétence, formation

5.1.1.2 Introduction

L'assistante infirmière-chef (AIC) au Québec (province canadienne) est une infirmière qui occupe une fonction de gestion clinico-administrative dans un établissement de soins de santé, qui se manifeste tant par des rôles et responsabilités cliniques qu'administratifs, en soutien au gestionnaire et à l'équipe de son secteur de soins (Jubinville et al., 2023). Plus précisément, les rôles et responsabilités cliniques renvoient entre autres à l'accompagnement des infirmières moins expérimentées dans leur développement professionnel (Plourde, 2012). Quant aux rôles et responsabilités administratifs, ils consistent par exemple à la collaboration pour atteindre les objectifs de son secteur de soins (Plourde, 2012). Au Québec, les AIC représentent 8,38% de l'effectif infirmier (membres réguliers), soit 6 903 professionnels (Normand, 2024). Cette fonction peut varier selon les établissements de soins de santé et être nommée de différentes

manières, telles qu'assistante du supérieur immédiat (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021a). En milieu anglophone, l'AIC québécoise est désignée sous le terme *assistant-head-nurse* ou *assistant to the immediate superior* (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2021b), tandis qu'aux États-Unis, elle est appelée *charge nurse* (Wolf et al., 2024). Au Royaume-Uni, en plus de *charge nurse*, différentes appellations sont également utilisées, tels que *ward sister*, *ward leader* ou *senior charge nurse* (Firth, 2002; Rankin et al., 2016; Scott & Timmons, 2017).

Pour exercer pleinement sa fonction, Plourde (2012) fait mention de cinq principales compétences requises à l'AIC : leadership; communication interpersonnelle; *caring* clinico-administratif; capacité de résolution de problèmes; ainsi que connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Le Boterf (2018) définit la notion de compétence comme étant une combinaison « d'être compétent » et « avoir des compétences » référant respectivement à un « savoir agir » en situation professionnelle en mobilisant des ressources internes et externes et « avoir des ressources personnelles » appropriées pour agir en situation professionnelle. En regard de l'importance du renforcement des compétences de l'AIC afin qu'elle puisse s'approprier et exercer pleinement sa fonction, différentes stratégies existantes sont utilisées dans les établissements de soins de santé en soutien à l'AIC. Les programmes d'orientation qui tendent à être informels en sont un exemple (Teran & Webb, 2016). Or, ces stratégies ne semblent pas démontrer de manière spécifique leur effet sur le renforcement des compétences de l'AIC (Lessard, 2018). Par ailleurs, la formation demeure et représente

l'une des stratégies les plus courantes pour acquérir, maintenir et renouveler l'ensemble des connaissances et des compétences (Ford, 2021).

Une revue narrative des écrits démontre que les formations existantes et destinées à l'AIC n'abordent pas l'ensemble des cinq compétences de l'AIC définies par Plourde (2012) ou encore présentent un contenu de formation à cet égard peu développé (Jubinville, Longpré, et al., 2024). Ainsi, en l'absence d'une formation appropriée, la capacité de l'AIC à exercer optimalement sa fonction est limitée et un écart persiste entre les exigences complexes de la fonction d'AIC et sa capacité à y répondre (Spiva et al., 2020). Un exercice non optimal de cette fonction peut se répercuter négativement sur l'établissement de soins de santé en regard de la coordination clinique générale du secteur de soins et la gestion des priorités (Lessard, 2018); sur la compréhension de l'étendue de pratique de l'AIC et des compétences requises par cette fonction (Lessard, 2018); ainsi que sur la qualité et la continuité des soins offerts à l'usager (Andronico et al., 2019).

À cet égard, et par la fonction essentielle que l'AIC occupe dans les établissements de soins de santé, il est capital de lui offrir, lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction, une formation qui soit élaborée empiriquement et qui aborde les cinq compétences requises à l'exercice de cette dernière. Une formation répondant ainsi à ces critères doit être élaborée en soutien à l'AIC. Par ailleurs, au préalable, il est requis d'effectuer une revue exhaustive de la littérature scientifique et grise pour identifier le contenu à y intégrer.

5.1.1.3 Objectif et question de recherche

Cette étude vise à identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC, afin de les intégrer à une formation en développement lui étant dédiée. Cette revue de la portée répond à la question de recherche suivante : quels sont les éléments clés d'opérationnalisation et de renforcement des cinq compétences de l'AIC?

5.1.1.4 Méthode

Le cadre théorique utilisé dans cette étude est celui de Plourde (2012) qui identifie cinq compétences essentielles pour l'exercice optimal de la fonction d'AIC. La première est le leadership qui est défini comme étant un processus d'influence et d'engagement des individus pour atteindre des objectifs, axé sur les personnes et l'innovation (Kennedy et al., 2022; Yoder-Wise et al., 2020). La deuxième est la communication interpersonnelle qui consiste en la transmission par un signal, d'un message ou d'une information à une tierce personne qui le décodera (Office québécois de la langue française, 2001). La troisième est le *caring* clinico-administratif qui réfère à un engagement d'aider et d'accompagner autrui à être et devenir ce qu'elle est en développant avec elle des liens de réciprocité (Cara et al., 2015). La quatrième est la capacité de résolution de problèmes qui consiste à « comprendre un problème ou une situation liés au travail et à prendre des mesures pour le résoudre de manière appropriée » (Gouvernement du Canada, 2016). Finalement, la cinquième est la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail, soit des objectifs et attentes spécifiques à son secteur de soins et des différents

documents d'encadrement tels que des politiques et procédures (Turmel Courchesne, 2015). Ces compétences se déclinent en 23 sous-compétences, présentées dans le Tableau 3.

Cette revue de la portée s'appuie sur le cadre d'analyse du Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020). Les résultats sont présentés conformément aux recommandations du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-Scr) (Tricco, 2018) (matériel supplémentaire 1). Cette revue de la portée a été enregistrée dans le Research Registry.

Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité des publications à sélectionner pour cette revue ont été déterminés en fonction du modèle PICOT, soit :

P : Population visée – l'AIC.

I : Intervention – non applicable.

C : Comparateurs – non applicables.

O : Retombées recherchées (*outcomes*) – les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement de chacune des cinq compétences requises à la fonction d'AIC qui doivent être intégrés à la formation.

T : Période de recherche des publications (*time*) – s'étend de l'année 2000 à 2021. Ce choix est motivé par la transformation du système de la santé québécois au début des

années 2000 qui a entraîné une refonte de la fonction du gestionnaire, impactant ainsi la fonction d'AIC. La recherche documentaire a été réalisée en décembre 2021.

Finalement, les publications devaient être rédigées en français ou en anglais, correspondant aux langues de travail de l'équipe de recherche. Tous les types de devis méthodologiques des publications recensées étaient acceptés.

Sources de données et stratégie de recherche

Une stratégie de recherche a été élaborée pour cette étude, en utilisant des mots-clés basés sur les critères d'éligibilité. Les mots-clés (MeSH et descripteurs associés) font référence à la population étudiée ainsi qu'aux cinq compétences de l'AIC. Ils ont été combinés pour créer une stratégie de recherche utilisant les opérateurs booléens *AND* et *OR*. Les variantes orthographiques et les synonymes des mots-clés ont également été pris en compte dans la construction de la syntaxe de recherche, dont les détails se retrouvent dans l'article de Jubinville et al. (2023). Nous avons interrogé les bases de données scientifiques CINAHL, MEDLINE, Cairn et ScienceDirect. La stratégie de recherche complète, appliquée à chacune de ces bases de données est présentée dans le matériel supplémentaire 2. Nous avons également exploré la littérature grise via la base de données ProQuest Dissertations & Theses; les moteurs de recherche Google, Google Scholar et SOFIA; le site internet de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); des sources répertoriées dans certaines publications connues par les auteurs; et des formations disponibles dans les différents établissements de soins de santé québécois.

Sélection des publications

La sélection des publications a suivi plusieurs étapes. Tout d'abord, une recherche dans les bases de données CINAHL et MEDLINE a été effectuée en utilisant la stratégie de recherche originale élaborée et disponible dans la publication de Jubinville et al. (2023). Ensuite, deux experts (DS, IB) de la revue de la portée ont analysé les mots clés basés sur les publications récupérées afin de réviser la stratégie de recherche qui a été actualisée en fonction de leurs commentaires. Cette stratégie de recherche finale a été appliquée aux bases de données et les publications répertoriées ont été exportées dans *EndNote X9 software*, puis transférées dans la plateforme *Rayyan Web* (Ouzzani, 2016). La sélection des publications s'est effectuée en fonction des critères d'éligibilité. Trois examinateurs (MJ, CL, ÉTN) se sont assurés que les mots-clés utilisés donnaient les résultats escomptés et que les requêtes étaient effectuées de façon uniforme en lisant les titres et les résumés de 10% des publications. Comme les résultats étaient conformes à ce qui était recherché, une formation a pu être dispensée à tous les examinateurs (CL, ÉTN, SR, FEM, EB, KK), afin de garantir une compréhension uniformisée du processus et des critères de sélection des publications. Lors du premier tour, deux examinateurs indépendants ont passé en revue les titres et les résumés de chacune des publications afin de déterminer de leur pertinence conformément au processus décrit dans un algorithme utilisé dans plusieurs études (Beogo et al., 2023; Létourneau et al., 2022) et adapté pour cette présente recherche (Figure 13).

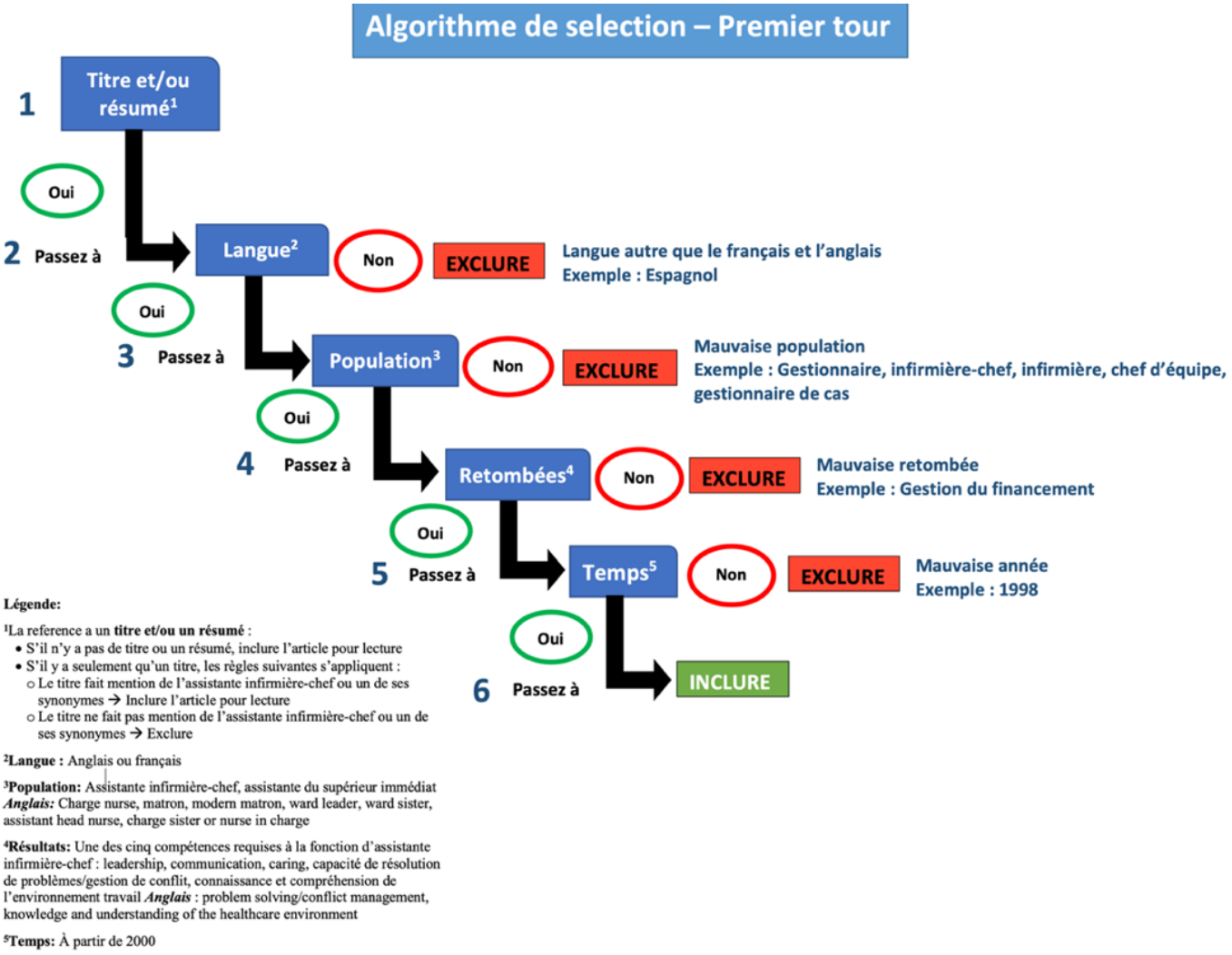
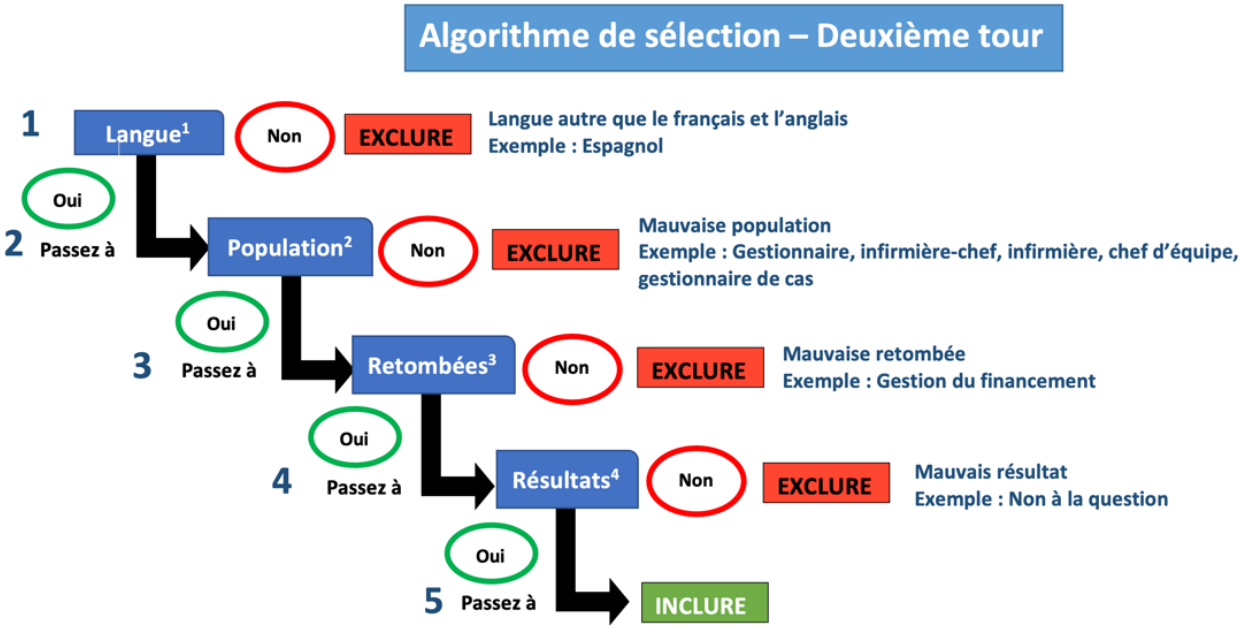


Figure 13. Algorithme de sélection – Premier tour

En cas de désaccord entre les deux examinateurs, il a été prévu qu'un troisième examinateur puisse résoudre le conflit en fonction de son évaluation. Au deuxième tour de sélection, deux examinateurs indépendants ont déterminé de la pertinence des publications retenues au premier tour, en procédant à une lecture superficielle de chacune d'elles (Figure 14). En cas de désaccord, le même processus qu'au premier tour a été prévu. Finalement, une lecture intégrale correspondant à 10% des publications retenues

au deuxième tour a été faite par deux examinateurs indépendants (MJ, FEM), afin d'éliminer les publications qui ne répondaient pas aux critères d'éligibilité et de s'assurer d'une même compréhension de l'application de ces critères. En l'absence de divergence, l'auteure principale a procédé seule à la lecture intégrale des autres publications afin de pouvoir ensuite extraire les données.



Légende :

[1]**Langue :** Anglais ou français

[2]**Population :** Assistante infirmière-chef, assistante du supérieur immédiat ***Anglais:*** Charge nurse, matron, modern matron, ward leader, ward sister, assistant head nurse, charge sister or nurse in charge

[3]**Retombées :** Une des cinq compétences requises à la fonction d'assistante infirmière-chef : leadership, communication, caring, capacité de résolution de problèmes/gestion de conflit, connaissance et compréhension de l'environnement travail ***Anglais :*** problem solving/conflict management, knowledge and understanding of the healthcare environment

[4]**Résultats :** Est-ce que cet article met en évidence les éléments nécessaires à la formation de l'assistante infirmière-chef pour développer sa ou ses compétence.s?

Figure 14. Algorithme de sélection – Deuxième tour

Extraction des données

Afin de procéder à l'extraction des données, un tableau Excel composé des éléments suivants a été élaboré: référence complète; type de publication; pays; devis d'étude; secteur de soins; et éléments clés à intégrer à la formation. Afin de valider la compréhension commune du traitement du contenu des publications en fonction des éléments de la grille, un exercice d'extraction des données des publications retenues a été réalisé par deux examinateurs indépendants (MJ, FEM) pour 10% des publications. Les résultats étant concordants, l'auteure principale a poursuivi seule l'extraction des données provenant des autres publications.

Analyse des données

Une combinaison des méthodes de Saldaña (2021) et de Miles et al. (2020) a été utilisée pour : (a) concevoir et cartographier les compétences; (b) indiquer les éléments clés répertoriés qui permettent d'opérationnaliser chacune des compétences; et (c) synthétiser les résultats afin de disposer des éléments clés importants à inclure dans l'élaboration de la formation. À la suite de l'analyse des données selon les cinq compétences énoncées par Plourde (2012), on a constaté que le contenu d'une formation peut se répertorier en trois composantes; soit en contenu conceptuel (ex. stratégie pour faire preuve d'une compétence); en contenu d'application (ex. modèle, outil, étapes à suivre, matrice pour appliquer une compétence dans la pratique); et en contenu d'intégration des connaissances (ex. exercice pour s'assurer que le contenu lié à la

compétence est compris). Par le fait même, chaque élément clé analysé a été lié à une de ces composantes.

Considérations éthiques

Puisque cette étude n'impliquait pas de participants humains, une approbation éthique n'a pas été requise. Or, cette recherche est incluse dans une étude globale visant à élaborer, valider et mettre en œuvre une formation pour l'AIC qui a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence : 2021-1261).

5.1.1.5 Résultats

La Figure 15 illustre le diagramme de flux PRISMA. Au total, 2 672 publications ont été identifiées dans la littérature scientifique et la littérature grise. À la suite de tout le processus de sélection, 23 publications ont été retenues pour l'extraction des données.

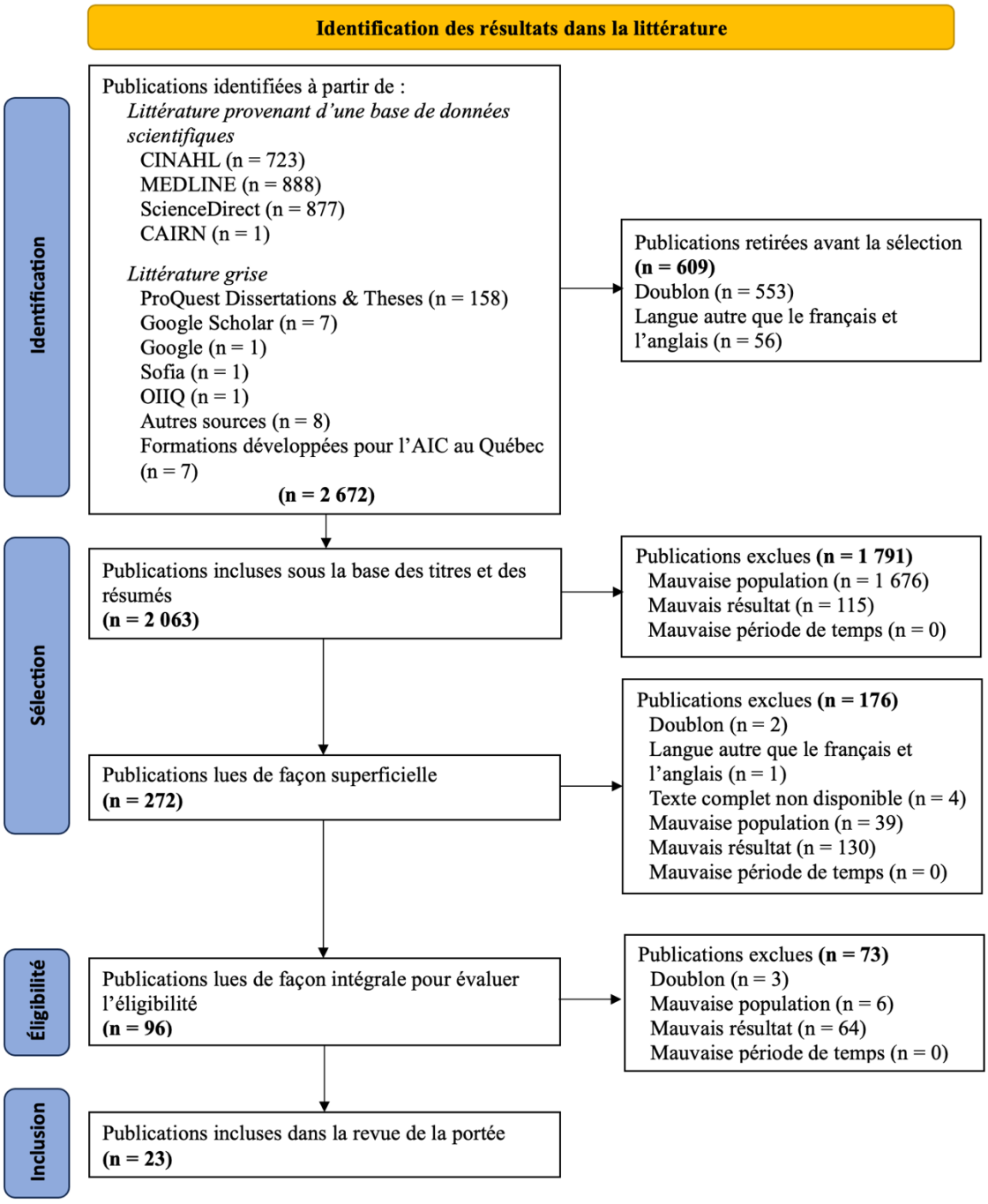


Diagramme de flux PRISMA décrivant les étapes d'identification et de sélection de cette étude. Adapté de *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.*
Recherche effectuée le 9 décembre 2021 à partir des bases de données disponibles à la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Figure 15. Diagramme de Flux

Caractéristiques des publications retenues

Chacune des publications retenues est identifiée dans le tableau et dans le texte par un numéro de 1 à 23 (Tableau 10). La majorité des publications provenaient de la littérature grise (1, 2, 4, 5, 10, 11, 13, 15, 17, 19-21, 23) et les autres, des bases de données scientifiques (3, 6-9, 12, 14, 16, 18, 22). Ces publications ont été répertoriées dans trois pays. Les États-Unis a été le pays le plus représenté (1, 3, 6-10, 13, 15-17, 20-22), suivi du Canada (2, 4, 5, 11, 12, 19, 23) et du Royaume-Uni (14, 18). Sur les 23 publications, dix étaient des projets non scientifiques (1, 4, 5, 7, 10, 11, 17, 19, 20, 22), tels que des travaux effectués dans les établissements de soins de santé. Parmi les projets scientifiques, sept publications ont utilisé une approche qualitative (2, 3, 9, 14, 15, 18, 23), deux une approche quantitative (8, 13), une a utilisé une approche mixte (6) et trois n'ont pas spécifié l'approche utilisée (12, 16, 21).

Tableau 10. Caractéristiques des publications retenues

# de référence	Auteur (année)	Type de publication LG = littérature grise S = scientifique	Pays	Approche utilisée M = mixte NScien = non scientifique NSpéc = non spécifique Qual = qualitative Quant = quantitative	Secteur de soins GCM = grand centre médical H = hôpital NSpéc = non spécifié	Éléments clés répertoriés X = éléments clés répertoriés				
						Leadership	**Communication interpersonnelle**	***Caring* clinico-administratif**	**Capacité de résolution de problèmes**	**Connaissance et compréhension de l'environnement de travail**
1	Arzoomanian et Keys (2008)	LG	États-Unis	NScien	H	X				
2	Bérubé (2016)	LG	Canada	Qual	H	X	X	X		
3	Broussard (2017)	S	États-Unis	Qual	H				X	
4	CISSS des Laurentides (2018)	LG	Canada	NScien	H	X	X		X	
5	CISSS du-Bas-St-Laurent (n.d.)	LG	Canada	NScien	NSpéc		X		X	
6	Clark et Yoder-Wise (2015)	S	États-Unis	M	H				X	
7	Connelly, Nabarrete, et al. (2003)	S	États-Unis	NScien	H	X				
8	Dols et al. (2021)	S	États-Unis	Quant	H	X			X	
9	Eggenberger (2011)	S	États-Unis	Qual	H		X			
10	Flynn et al. (2010)	LG	États-Unis	NScien	GCM		X		X	
11	Grégoire et Labrecque (2020)	LG	Canada	NScien	H				X	
12	Hynes et al. (2005)	S	Canada	NSpéc	NSpéc				X	

# de référence	Auteur (année)	Type de publication LG = littérature grise S = scientifique	Pays	Approche utilisée M = mixte NScien = non scientifique NSpéc = non spécifique Qual = qualitative Quant = quantitative	Secteur de soins GCM = grand centre médical H = hôpital NSpéc = non spécifié	Éléments clés répertoriés X = éléments clés répertoriés				
						Leadership	**Communication interpersonnelle**	***Caring* clinico-administratif**	**Capacité de résolution de problèmes**	**Connaissance et compréhension de l'environnement de travail**
13	Kramer et Davies (2021)	LG	États-Unis	Quant	H	X	X	X	X	X
14	Lawrence et Richardson (2014)	S	Royaume-Uni	Qual	H	X				
15	Pryby (2016)	LG	États-Unis	Qual	H				X	
16	Sherman (2005)	S	États-Unis	NSpéc	H		X		X	
17	Sherman et Eggenberger (2009)	LG	États-Unis	NScien	NScien		X		X	
18	Singhal et al. (2021)	S	Royaume-Uni	Qual	H				X	
19	Southlake Regional Health Centre (2021)	LG	Canada	NScien	H	X	X			
20	Swihart et Gantt (2015)	LG	États-Unis	NScien	NSpéc	X	X		X	
21	Thomas (2016)	LG	États-Unis	NSpéc	H	X				
22	Thomas (2012)	S	États-Unis	NScien	H	X	X		X	
23	Turmel Courchesne (2015)	LG	Canada	Qual	H			X	X	X

Éléments clés répertoriés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences

Pour chacune des compétences, les éléments clés répertoriés en fonction des trois composantes du contenu à inclure à la formation seront présentés. Une synthèse des résultats est présentée au Tableau 11.

1) Leadership

Contenu conceptuel. Cinq éléments clés ont été extraits de six publications. Plusieurs ont souligné l'importance pour l'AIC de maîtriser différents styles de leadership et de les adapter aux situations spécifiques (4, 14, 19). Quatre stratégies pour faire preuve de leadership efficace ont été énoncées, dont créer une vision au sein de l'équipe (21). En regard aux sous-compétences « mobiliser » et « collaborer », il a été mentionné qu'il est important de se fixer des objectifs clairs pour permettre une motivation et une mobilisation des équipes (2) et que l'AIC et son gestionnaire doivent partager la même vision pour que le travail d'équipe soit optimal (2). Puis, différents éléments à considérer pour une collaboration d'équipe efficace ont été énoncés, tels que déterminer les principes éthiques qui guideront le travail d'équipe (20).

Contenu d'application. Aucun élément clé n'a été répertorié.

Contenu d'intégration des connaissances. Trois éléments clés ont été extraits de cinq publications. Des exercices spécifiques à réaliser individuellement ou de type

scénario pour renforcer la compétence du leadership chez l'AIC (1, 8, 22) ont été identifiés. Pour la sous-compétence « collaborer », un exercice de consolidation d'équipe (7) et un scénario visant à favoriser la collaboration interprofessionnelle (13) ont été présentés.

2) Communication interpersonnelle

Contenu conceptuel. Huit éléments clés ont été extraits de six publications. Ont été identifiés : six modes de communication à privilégier, dont le rapport interservices (2); des barrières potentielles à la communication, comme les émotions (20); des éléments essentiels pour une communication efficace, dont communiquer clairement (20); et des principes pour favoriser une écoute active, comme procéder à de la reformulation (5). L'importance d'adapter son style de communication à la situation qui se présente (16) et de considérer les dimensions générationnelles et culturelles a été soulignée (16). Puis, il est ressorti que l'AIC doit s'engager dans des communications avec différents interlocuteurs (17) et utiliser le breffage d'équipe pour influencer les résultats de soins pour les usagers (9).

Contenu d'application. Huit éléments clés ont été extraits de huit publications. Divers modèles et outils ont été identifiés, dont un modèle de communication pour l'envoi de courriels et la rédaction de bulletins d'informations (13), ainsi qu'un modèle pour la communication d'informations lors des rapports interquarts (10, 19). Des outils spécifiques ont été recommandés pour les communications avec les usagers ou les

collègues, tels que le SBAR (4, 9, 17, 19, 20), l'AIDET (19), l'HEARD (19) et le TeamSTEPPS (20). Un outil conçu pour évaluer le style de communication individuel (16) et les étapes à suivre pour procéder à une communication efficace (4, 20) ont été nommés.

Contenu d'intégration des connaissances. Un élément clé a été extrait de deux publications. Deux exercices de type scénario ont été répertoriés, soit aborder les discussions malveillantes entre collègues (13) et renforcer l'esprit d'équipe par la communication (22).

3) Caring clinico-administratif

Contenu conceptuel. Un élément clé a été extrait de deux publications. Pour la sous-compétence « accompagner les autres dans leur développement », les notions essentielles à l'évaluation et au développement des compétences des infirmières ont été abordées, dont jumeler une infirmière en orientation à une infirmière experte (2, 23).

Contenu d'application. Aucun élément clé n'a été répertorié.

Contenu d'intégration des connaissances. Un seul élément clé a été extrait d'une publication, soit un exercice de mise en pratique du *caring* (13).

4) Capacité de résolution de problèmes

Contenu conceptuel. Sept éléments clés ont été extraits de cinq publications. Des approches de résolution d'un problème, comme diriger adéquatement une équipe lors d'une problématique (18) ont été identifiés. Pour la sous-compétence « avoir une vision de globalité », des recommandations pour assurer une gestion efficace du flux des usagers ont été identifiées, dont évaluer fréquemment ce flux (20). En regard à la sous-compétence « avoir du jugement critique et prendre des décisions », des conseils pour prendre des décisions cliniques appropriées ont été nommés, comme toujours aller aux sources pour recueillir l'information nécessaire à la prise de décision (20). Concernant la sous-compétence « s'adapter », des conseils pour que l'AIC gère son stress, dont manger sainement, ont été énoncés (20). En lien avec la sous-compétence « gérer les conflits », des éléments à considérer lors d'un conflit, comme le gérer dès son apparition (11, 23) ont été nommés. Enfin, pour la sous-compétence « coordonner », des aspects liés à la délégation, dont déléguer à la bonne personne et au bon moment (23), ainsi que des facteurs à prendre en compte pour procéder à une délégation efficace, comme assurer une supervision appropriée de la tâche déléguée (4, 20) ont été mentionnés.

Contenu d'application. Sept éléments clés ont été extraits de six publications. Le modèle RRIEVE (3) et des étapes à suivre pour résoudre des problèmes (20) ont été énoncés. Pour la sous-compétence « gérer les conflits », un outil utilisé pour identifier le mode de gestion de conflit d'une personne (16) a été présenté ainsi que des étapes à suivre pour la gestion d'un conflit (4, 5, 17, 20). En ce qui concerne la sous-compétence

« coordonner », un outil (20) et des étapes (4, 17) pour effectuer une délégation ont été présentés et une matrice de priorisation a été nommée comme étant utile (20).

Contenu d'intégration des connaissances. Trois éléments clés ont été extraits de huit publications. Pour la sous-compétence « gérer les conflits », de nombreux exercices sur la gestion d'un conflit ont été présentés (4, 8, 10, 12, 13, 15). En ce qui concerne la sous-compétence « coordonner », des exercices portant sur la répartition des usagers ont été énoncés (15, 22), ainsi que sur la gestion globale d'une situation d'urgence intégrant une délégation (6, 22).

5) Connaissance et compréhension de l'environnement de travail

Contenu conceptuel. Un élément clé a été extrait d'une publication. Il a été mentionné que l'AIC doit se référer aux ressources appropriées, notamment humaines, pour faciliter la gestion des situations d'urgence (23).

Contenu d'application. Aucun élément clé n'a été répertorié.

Contenu d'intégration des connaissances. Un élément clé a été extrait d'une seule publication, soit un exercice favorisant le maintien d'un environnement sécuritaire (13).

Ainsi, pour les cinq compétences, des éléments clés ont été répertoriés en regard des composantes contenu conceptuel et contenu d'intégration des connaissances. Toutefois,

pour les compétences, leadership, *caring* clinico-administratif et connaissance et compréhension de l'environnement de travail, aucun élément clé n'a été répertorié pour la composante contenu d'application.

Tableau 11. Éléments clés répertoriés par composante et compétence

Composante	Leadership		Communication interpersonnelle		*Caring* clinico-administratif		Capacité de résolution de problèmes		Connaissance et compréhension de l'environnement de travail	
	Élément clé	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**
Contenu conceptuel	Importance de maîtriser plusieurs styles de leadership et de l'adapter aux situations	4, 14, 19	Modes privilégiés de communication	2	Évaluation et développement des compétences des infirmières de l'équipe	2, 23	Approches de résolution d'un problème	18	L'AIC doit faire appel aux ressources appropriées pour faciliter la gestion des situations d'urgence	23
	Stratégies pour faire preuve de leadership	21	Barrières à la communication	20			Recommandations pour assurer une gestion efficace du flux des usagers	20		
	Importance de se fixer des objectifs clairs pour permettre une motivation et une mobilisation des équipes	2	Éléments à considérer pour une communication efficace	20			Conseils pour prendre des décisions cliniques appropriées	20		
	L'AIC et son gestionnaire doivent partager la même vision pour favoriser une collaboration	2	Formule d'écoute active	5			Conseils pour gérer son stress	20		
	Éléments à considérer pour favoriser une collaboration	20	Adaptation du style de communication à la situation	16			Éléments à prendre en considération lors d'un conflit	11, 23		
			Importance des dimensions générationnelles et culturelles	16			Aspects liés à la délégation	23		
			Engagement de l'AIC dans la communication	17						

Composante	Leadership		Communication interpersonnelle		*Caring* clinico-administratif		Capacité de résolution de problèmes		Connaissance et compréhension de l'environnement de travail	
	Élément clé	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**
			Utilisation de breffage en équipe	9			Facteurs à prendre en compte pour procéder à une délégation	4, 20		
Contenu d'application			Modèle de communication standardisé pour les courriels et les bulletins d'information	13			Modèle RRIEVE pour résoudre un problème	3		
							Étapes pour une résolution de problèmes	20		
			Modèle de communication entre AIC lors des rapports interquarts	10, 19			*Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument* pour identifier le mode de gestion de conflit	16		
			Outil SBAR	4, 9, 17, 19, 20						
			Outil AIDET	19			Étapes pour la gestion d'un conflit	4, 5, 17, 20		
			Outil HEARD	19						
			Outil TeamSTEPPS	20			Outil pour effectuer une délégation *Charge nurse leader delegation tool and process worksheet*	20		
			Évaluation de son style de communication -	16						

Composante	Leadership		Communication interpersonnelle		*Caring* clinico-administratif		Capacité de résolution de problèmes		Connaissance et compréhension de l'environnement de travail	
	Élément clé	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**	**Élément clé**	**# de référence**
			What's My Communication Style Tool				Étapes pour effectuer une délégation	4, 17		
			Étapes pour communiquer	4, 20			Matrice pour procéder à une priorisation	20		
Contenu d'intégration des connaissances	Leadership	1, 8, 22	Communication efficace	13, 22	Mise en pratique du *caring*	13	Gestion de conflit	4, 8, 10, 12, 13, 15	Maintien d'un environnement sécuritaire	13
	Toxic Waste Dump - Consolidation d'équipe	7					Répartition des usagers	15, 22		
	Collaboration interprofessionnelle	13					Gestion globale d'une situation d'urgence complexe et la délégation	6, 22		
Total d'éléments clés	**8**		**17**		**2**		**17**		**2**	

5.1.1.6 Discussion

Cette étude visait à identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC, afin de les intégrer à une formation en développement lui étant dédiée. Ainsi, pour chacune des compétences, des éléments clés extraits ont été présentés en fonction des trois composantes à inclure à la formation, soit du contenu : conceptuel; d'application; et d'intégration des connaissances.

Leadership. Des éléments clés ont été répertoriés pour les composantes contenu conceptuel et contenu d'intégration des connaissances, alors qu'aucun élément n'a été répertorié pour la composante contenu d'application. Cette compétence a fait l'objet de huit éléments clés extraits, ce qui en fait la troisième la plus répertoriée. Ceci est cohérent avec la littérature où elle a été nommée par tous les participants de l'étude de Lessard (2018) comme occupant une place cruciale dans les compétences clinico-administrative de l'AIC.

Communication interpersonnelle. Des éléments clés ont été répertoriés pour les trois composantes, dont huit pour contenu d'application, ce qui est remarquable, mais sans surprise. Effectivement, une communication lacunaire est malheureusement souvent initiatrice de conflit ou encore d'événement indésirable dans les établissements de soins de santé. Ainsi, il s'agit d'une compétence qui a fait l'objet de plusieurs recherches afin de développer ou d'évaluer des outils favorisant une communication efficace. En exemple, Müller et al. (2018) ont procédé à une revue systématique pour résumer l'impact sur la

sécurité des usagers, de la mise en œuvre de l'outil SBAR visant à standardiser une communication. Cette compétence a fait l'objet de 17 éléments clés extraits, ce qui en fait la plus répertoriée, ex aequo avec la capacité de résolution de problèmes.

***Caring* clinico-administratif.** Des éléments clés ont été répertoriés pour les composantes contenu conceptuel et contenu d'intégration des connaissances, alors qu'aucun élément n'a été répertorié pour la composante contenu d'application. Deux éléments clés ont été extraits en lien avec cette compétence, ce qui en fait la moins répertoriée, ex aequo avec la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Ces résultats sont cohérents avec la littérature où très peu d'études ont mis de l'avant cette compétence. Toutefois, sa sous-compétence « accompagner les autres dans leur développement » est nommée dans la littérature. En effet, Kramer et al. (2021) et Shupe (2015) ont intégré la notion de *coaching* à leur formation, alors que Medero et al. (2023) ont intégré la notion de rétroaction qui est jugée comme indispensable.

Capacité de résolution de problèmes. Des éléments clés ont été répertoriés pour les trois composantes, dont sept pour contenu d'application. Le grand nombre d'éléments clés extraits est sans étonnement puisque cette compétence regroupe plusieurs sous-compétences comme « gérer les conflits » et « coordonner », qui englobe la délégation. En effet, ces dernières sont essentielles à développer, comme l'ont mentionné Hata (2019), Wheeler (2021) et Wolf et al. (2024). Cette compétence a fait l'objet de 17 éléments clés

extraits, ce qui en fait la plus répertoriée, ex aequo avec la communication interpersonnelle.

Connaissance et compréhension de l'environnement de travail : Des éléments clés ont été répertoriés pour les composantes contenu conceptuel et contenu d'intégration des connaissances, alors qu'aucun élément n'a été répertorié pour la composante contenu d'application. Deux éléments clés ont été extraits en lien avec cette compétence, ce qui en fait la moins répertoriée, ex aequo avec le *caring* clinico-administratif. Toutefois, Doherty et al. (2022) font un lien avec cette dernière où ils évoquent que pour être une personne-ressource pour les employés, il est important de comprendre la pratique, les politiques et les structures organisationnelles. Aussi, Shupe (2015) a créé un module de formation qui se nomme « connaître l'environnement de soins externe », ce qui est en adéquation avec cette compétence et dénote de sa pertinence.

Chacun des modules de formation liés aux compétences pourra être élaboré à partir des éléments clés répertoriés liés à une composante. Toutefois, pour le leadership, le *caring* clinico-administratif et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail, des éléments clés devront être recherchés dans des publications complémentaires pour la composante contenu d'application.

Limites et forces

En termes de limites de l'étude, il est possible que certaines publications pertinentes n'aient pas été répertoriées par l'intermédiaire de cette revue de la portée. Ont été consultés quatre bases de données scientifiques et un éventail de sites internet sélectionnés répertoriant possiblement un nombre limité de littératures grises. Finalement, la restriction linguistique (publications rédigées en français ou en anglais) constitue une limite potentielle de l'étude, puisqu'elle pourrait exclure des publications pertinentes écrites dans d'autres langues. Toutefois, cette restriction a été nécessaire pour garantir une compréhension du contenu de publication par les auteurs, et par le fait même, une analyse complète et approfondie des publications sélectionnées. En termes de forces, notre étude a permis de répertorier plusieurs éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences qui pourront être utilisés pour l'élaboration d'une formation en soutien à l'AIC. Également, notre étude a été menée de façon rigoureuse en suivant des lignes directrices (Peters et al., 2020; Tricco, 2018) reconnues scientifiquement pour mener cette revue de la portée.

5.1.1.7 Conclusion

Cette revue de la portée a permis de mettre en évidence, pour chacune des cinq compétences requises à la fonction d'AIC, des éléments clés pertinents liés au contenu à intégrer à une formation en développement. Ce contenu est réparti en trois principales composantes, soit du contenu : conceptuel; d'application; et d'intégration des connaissances. L'identification de ces éléments clés permettra d'élaborer une formation

basée sur les données probantes, en soutien à l'exercice optimal de la fonction d'AIC. Cette formation permettra également d'outiller les gestionnaires afin qu'ils puissent soutenir et encadrer l'AIC dans l'exercice de sa fonction clinico-administrative lors de son entrée en fonction.

5.1.1.8 Références

Andronico, J., Getting, C., Hughes, C. H., & Ciccolini, K. (2019). Developing and Standardizing an Orientation for Outpatient Charge Nurses. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 50*(11), 517-521. https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-08

Arzoomanian, D., & Keys, A. (2008). ED Charge Nurse Workshop: queen for a day: one hospital's answer to orienting nurses to the charge role. *Journal of emergency nursing, 34*(4), 373-374. https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.04.012

Beogo, I., Sia, D., Collin, S., Phaelle Gedeon , A., Louismé, M., Ramdé, J., Gagnon, M., & Tchouaket Nguemeleu, E. (2023). Strengthening Social Capital to Address Isolation and Loneliness in Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Research on Information and Communication Technologies. *JMIR Aging, 6*(1), e46753. https://doi.org/10.2196/46753

Bérubé, A.-A. (2016). *Complémentarité des rôles des infirmières-chefs d'unité et de leurs assistantes pour assurer des soins sécuritaires et de qualité* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/58cba38b-509e-4bb1-a9bd-6d43ae0ce8ce/content

Broussard, K. (2017). *Development of a Transformational, Relationship-Based Charge Nurse Program* [Thèse de doctorat inédite, Walden University]. MI. https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5082&context=dissertations

Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamps, J., Casimir, M., Gagnon, L., Gauvin-Lepage, J., Girard, F., Larue, C., Lefebvre, H., Le May, S., Létourneau, D., Mathieu, C., & Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM - Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf

CISSS des Laurentides. (2018). *L'assistante infirmière-chef en complémentarité avec son gestionnaire, contenu de formation.*

CISSS du-Bas-St-Laurent. (n.d.). *Programme de développement des compétences des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat, contenu de formation.*

Clark, T. J., & Yoder-Wise, P. S. (2015). Enhancing Trifocal Leadership Practices Using Simulation in a Pediatric Charge Nurse Orientation Program. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 46*(7), 311-317. https://doi.org/10.3928/00220124-20150619-02

Connelly, L. M., Nabarrete, S. R., & Smith, K. K. (2003). A charge nurse workshop based on research. *Journal for Nurses in Staff Development, 19*(4), 203-208.

Doherty, D. P., Revell, S. M. H., McCurry, M., & Asselin, M. E. (2022). Exploring the charge nurse role transition: a qualitative study of the novice's perspective. *Journal For Nurses In Professional Development, 38*(4), 196-205. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000780

Dols, J. D., Ramirez, M. N., Hernandez, A. D., Allen, D., Kloewer, T., & Aguillon, V. (2021). Impact of evidence-based charge nurse education on charge nurse skills and nurse-specific metrics. *The Journal Of Nursing Administration*, *51*(12), 630-637. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001086

Eggenberger, T. L. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting* [Dissertation de doctorat inédit, Florida Atlantic University]. FL. https://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A3628

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021a). *Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi, convention collective*. https://spsca.org/wp-content/uploads/2021/11/Echelles-salariales-2021-2023_FR.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021b). *Salary scales and list of job titles, Collective Agreement*. https://affilies.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_en.pdf?download=1

Firth, K. (2002). Ward leadership: balancing the clinical and managerial roles. *Professional Nurse 17*(8), 486-489.

Flynn, J. P., Prufeta, P. A., & Minghillo-Lipari, L. (2010). Cultivating Quality: An Evidence-Based Approach to Taking Charge. *American Journal of Nursing, 110*(9), 58-63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000388268.65499.bc

Ford, J. K. (2021). *Learning in organizations: An evidence-based approach*. Routledge.

Gouvernement du Canada. (2016). *Résolution de problèmes*. Retrieved Août 2024 from https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-a-arc/renseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-

standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/resolution-problemes.html

Grégoire, M., & Labrecque, J. (2020). L'assistante infirmière-chef aux urgences, les quatre volets essentiels à son rôle et à sa pratique professionnelle. *Perspective Infirmière, 17*(3), 50-54. https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere/revue-PI-vol17-no3.pdf#page=50

Hata, R. (2019). *Charge nurse development strategies in an acute care hospital* [Thèse inédite de doctorat, University oh Hawai'i]. MI.

Hynes, P., Mintenko, J., Porchak, T., & Roy, G. (2005). Developing leadership skills in critical care nurses: a case scenario - part one. *Dynamics, 16*(4), 13-14.

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., & Robins, S. (2024). *Supporting charge nurses through training: A narrative review* [Manuscrit soumis pour publication].

Jubinville, M., Tchouaket, E. N., & Longpré, C. (2023). Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ open, 13*(2), e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307

Kennedy, K., Leclerc, L., & Campis, S. (2022). *Human-Centered Leadership in Healthcare: Evolution of a Revolution*. Morgan James Publishing.

Kramer, M., & Davies, C. C. (2021). A charge nurse orientation and development program: an evaluation. *Journal For Nurses In Professional Development*, *37*(5), 268-277. https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000765

Lawrence, N., & Richardson, J. (2014). To explore and understand the leadership experiences of modern matrons, within an acute NHS Trust. *Journal Of Nursing Management, 22*(1), 70-79. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01432.x

Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en œuvre la compétence, comment investir dans le professionalisme et les compétences*. Eyrolles.

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Létourneau, J., Bélanger, É., Sia, D., Beogo, I., Robins, S., Kruglova, K., Jubinville, M., & Nguemeleu Tchouakt, É. (2022). Identifying performance factors of long-term care facilities in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review

protocol. *Systematic Reviews, 11*(203), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02069-1

Medero, K., Goers, J., & Makic, M. B. F. (2023). Evaluation of a charge nurse leadership development program. *Nursing Management, 54*(7), 22-30. https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000032

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (4e ed.). SAGE.

Müller, M., Jürgens, J., Redaèlli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open, 8*(8), e022202. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202

Normand, L. (2024, 9 septembre). Effectif assistante infirmière-chef, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Courriel reçu*.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(210). https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Reviewer's Manual, JBI*. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au cœur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Pryby, F. (2016). *Improving the Charge Nurse's Leadership Role: A Collaborative Learning Forum* [Thèse inédite de doctorat, Walden University]. MN. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2457/

Rankin, J., McGuire, C., Matthews, L., Russell, M., & Ray, D. (2016). Facilitators and barriers to the increased supervisory role of senior charge nurses: a qualitative study. *Journal Of Nursing Management, 24*(3), 366-375. https://doi.org/10.1111/jonm.12330

Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4e ed.). SAGE.

Scott, A., & Timmons, S. (2017). Tensions within management roles in healthcare organisations. *Nursing Management, 24*(1), 31-37. https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1569

Sherman, R. O. (2005). Don't forget our charge nurses. *Nursing economic$, 23*(3), 125-143.

Sherman, R. O., & Eggenberger, T. (2009). Taking charge: What every charge nurse needs to know. *Nurses First, 2*(4), 6-10. https://www.researchgate.net/profile/Rose-Sherman/publication/235636671_Sherman_R_Eggenberger_T_2009_Taking_charge_What_every_charge_nurse_needs_to_know_Nurses_First_24_6-10/links/09e415122538d51463000000/Sherman-R-Eggenberger-T-2009-Taking-charge-What-every-charge-nurse-needs-to-know-Nurses-First-24-6-10.pdf#page=6

Shupe, R. (2015). *Improving Front Line Leaders Through Front Line Leader Educational Boot Camp* [Thèse de doctorat inédite, Indiana Wesleyan University]. IN.

Singhal, S., Hosking, I., Ward, J., & Boyle, A. A. (2021). A Qualitative Study: What Do Nurses in Charge in Emergency Departments Do? *Cureus, 13*(9), e17912. https://doi.org/10.7759/cureus.17912

Southlake Regional Health Centre. (2021). *Charge nurse Orientation toolkit*. https://www.ppno.ca/wp-content/uploads/2021/10/Charge-Nurse-Orientation-Toolkit-2021.pdf

Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *Journal of Nursing Administration, 50*(2), 95-103. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000848

Swihart, D., & Gantt, K. J. (2015). *The Charge Nurse Leader Program Builder : A Competency-Based Approach for Developing Frontline Leaders* [Book]. HCPro, a division of BLR.

Teran, N., & Webb, P. J. (2016). The positive impact of formalized charge nurse training. *Nursing Management, 47*(11), 50-54. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000502810.52671.aa

Thomas, C. (2016). *Transformational Leadership as a Means of Improving Patient Care and Nursing Retention* [Thèse de doctorat inédite, Walden University]. MN. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2462/

Thomas, P. L. (2012). Charge nurses as front-line leaders: development through transformative learning. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 43*(2), 67-74. https://doi.org/10.3928/00220124-20111003-05

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, O. z., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Turmel Courchesne, A.-M. (2015). *Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu hospitalier: une étude descriptive* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/77ed4040-943e-4aa0-8983-aa39b6ff1e63

Wheeler, M. S. (2021). *Exploring the Charge Nurse Role in the Inpatient Psychiatric Unit* [Thèse de maîtrise inédite, University of California, Davis]. CA. https://escholarship.org/uc/item/35f305tr

Wolf, L., Delao, A., Simon, C., Clark, P., & Burchill, C. N. (2024). Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for united states emergency care settings. *Journal of emergency nursing*, *50*(4), 523-536. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009

Yoder-Wise, P. S., Waddell, J., & Walton, N. (2020). *Leading and Managing in Canadian Nursing* (2e ed.). Elsevier Health Sciences

5.1.1.9 Matériel supplémentaire 1

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		TITLE	
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
		ABSTRACT	
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	1
		INTRODUCTION	
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	2-4
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	4
		METHODS	
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	6
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	6-7
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to	7

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Matériel supplémentaire 2
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	7-10
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	7-8
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	2; 4-5
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Non approprié
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	10-11
		RESULTS	
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	11-12
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	13-15
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Non approprié
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	16-23
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	20

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		DISCUSSION	
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	24-26
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	26
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	27
		FUNDING	
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Inscrit sur la plateforme de soumission

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850.

5.1.1.10 Matériel supplémentaire 2

Littérature provenant des bases de données scientifiques

CINHAL

Numéro	Requêtes	Résultats
1	(MM "Charge Nurses")	469
2	TI ((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*)) OR AB ((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*))	3 095
3	#1 OR #2	3 271
4	(MM "Leadership") OR (MM "Personality") OR (MM "Confidence") OR (MH "Control (Psychology)") OR (MM "Creativeness") OR (MM "Dependency (Psychology)") OR (MM "Empathy") OR (MM "Honesty") OR (MM "Individuality") OR (MM "Intelligence") OR (MM "Optimism") OR (MM "Patience") OR (MM "Trust") OR (MM "Character") OR (MM "Codependency") OR (MM "Courage") OR (MM "Hardiness") OR (MM "Manipulation, Psychological") OR (MM "Perfectionism") OR (MM "Pessimism") OR (MM "Personality Development") OR (MM "Respect")	69 775
5	TI ((Leadership) OR (Personality) OR (Confidence) OR (Control and psychology) OR (Creativeness) OR (Dependency and Psychology) OR (Empathy) OR (Honesty) OR (Individuality) OR (Intelligence) OR (Optimism) OR (Patience) OR (Trust) OR (Character) OR (Codependency) OR (Courage) OR (Hardiness) OR (Manipulation and Psychological) OR (Perfectionism) OR (Pessimism) OR (Personality Development) OR (Respect)) OR AB ((Leadership) OR (Personality) OR (Confidence) OR (Control and psychology) OR (Creativeness) OR (Dependency and Psychology) OR (Empathy) OR (Honesty) OR (Individuality) OR (Intelligence) OR (Optimism) OR (Patience) OR (Trust) OR (Character) OR (Codependency) OR (Courage) OR (Hardiness) OR (Manipulation and Psychological) OR (Perfectionism) OR (Pessimism) OR (Personality Development) OR (Respect))	393 397

Numéro	Requêtes	Résultats
6	#4 OR #5	429 260
7	#3 AND #6	562
8	(MM "Communication Skills Training") OR (MM "Communication") OR (MM "Nonverbal Communication") OR (MM "Communication Skills") OR (MM "Conversation") OR (MM "Negotiation") OR (MM "Language") OR (MM "Scholarly Communication") OR (MM "Verbal Behavior")	53 845
9	TI ((Communication Skills Training) OR (Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Communication Skills) OR (Conversation) OR (Negotiation) OR (Language) OR (Scholarly Communication) OR (Verbal Behavior) OR (interpersonal communication)) OR AB ((Communication Skills Training) OR (Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Communication Skills) OR (Conversation) OR (Negotiation) OR (Language) OR (Scholarly Communication) OR (Verbal Behavior) OR (interpersonal communication))	209 220
10	#8 OR #9	231 137
11	#3 AND #10	187
12	(MH "Caring") OR (MH "Watson's Theory of Caring")	9 372
13	TI ((Caring) OR (Watson's Theory of Caring) OR (Clinical-Administrative Caring)) OR AB ((Caring) OR (Watson's Theory of Caring) OR (Clinical-Administrative Caring))	44 286
14	#12 OR #13	48 986
15	#3 AND #14	80
16	(MM "Problem Solving") OR (MM "Problem Patients")	6 164
17	TI ((Problem Solving) OR (Problem Patients)) OR AB ((Problem Solving) OR (Problem Patients))	33 186
18	#16 OR #17	37 194
19	#3 AND #18	41
20	(MM "Work Environment") OR (MM "Health Facility Departments") OR (MM "Hospital Units") OR (MM "Health Facility Environment")	24 472

Numéro	Requêtes	Résultats
21	TI ((Work Environment) OR (Health Facility Departments) OR (Hospital Units) OR (Health Facility Environment) OR (Care Environement)) OR AB ((Work Environment) OR (Health Facility Departments) OR (Hospital Units) OR (Health Facility Environment) OR (Care Environement))	30 771
22	#20 OR #21	51 617
23	#3 AND #22	133
24	#7 OR #11 OR #15 OR #19 OR #23 ((A and B1) OR (A and B2) OR (A and B3) OR (A and B4) OR (A and B5))	862
	Articles antérieurs à 2000	139
	Total d'articles restant	**723**

MEDLINE - OVID

Numéro	Requêtes	Résultats
1	(MM "Nursing, Supervisory")	5 825
2	TI ((Nursing and Supervisory) OR (Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*)) OR AB ((Nursing and Supervisory) OR (Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*))	2 563
3	#1 OR #2	7 989
4	(MM "Leadership") OR (MM "Egocentrism") OR (MM "Dependency, Psychological") OR (MM "Character") OR (MM "Authoritarianism") OR (MM "Creativity") OR (MM "Temperament") OR (MM "Perfectionism") OR (MM "Personality Development")	44 144
5	TI ((Leadership) OR (Egocentrism) OR (Dependency and Psychological) OR (Character) OR (Authoritarianism) OR (Creativity) OR (Temperament) OR (Perfectionism) OR (Personality Development)) OR AB ((Leadership) OR (Egocentrism) OR (Dependency and Psychological) OR (Character) OR (Authoritarianism) OR (Creativity) OR (Temperament) OR (Perfectionism) OR (Personality Development))	172 169
6	#4 OR #5	195 960
7	#3 AND #6	1 063
8	(MM "Communication") OR (MM "Nonverbal Communication") OR (MM "Verbal Behavior") OR (MM "Negotiating") OR (MM "Language") OR (MM "Narration")	80 947
9	TI ((Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Verbal Behavior) OR (Negotiating) OR (Language) OR (Narration)) OR AB ((Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Verbal Behavior) OR (Negotiating) OR (Language) OR (Narration))	444 938
10	#8 OR #9	482 105
11	#3 AND #10	389
12	(MM "Empathy")	11 244
13	TI ((Empathy) OR (Caring) OR (Clinical-Administrative Caring)) OR AB ((Empathy) OR (Caring) OR (Clinical-Administrative Caring))	59 292
14	#12 OR #13	64 003
15	#3 AND #14	155
16	(MH "Problem Solving")	25 880
17	TI (Problem Solving) OR AB (Problem Solving)	31 426
18	#16 OR #17	50 397

Numéro	Requêtes	Résultats
19	#3 AND #18	138
20	TI ((Work Environment) OR (Care Environement)) OR AB ((Work Environment) OR (Care Environement))	18 561
21	#3 AND #20	115
22	#7 OR #11 OR #15 OR #19 OR #21	1 662
	((A and B1) OR (A and B2) OR (A and B3) OR (A and B4) OR (A and B5))	
	Articles antérieurs à 2000	774
	Total d'articles restant	**888**

ScienceDirect

Numéro	Requêtes	Résultats
1	Title, abstract or author-specified keywords : "Charge nurse" OR "Matron" OR "Ward leader" OR "Ward sister" OR "Assistant head nurse"	1 140
2	Title, abstract or author-specified keywords : "Leadership"	19 455
3	#1 AND #2	61
4	Title, abstract or author-specified keywords : "Communication"	148 510
5	#1 ET #4	107
6	Title, abstract or author-specified keywords : "Caring"	430 579
7	#1 ET #6	719
8	Title, abstract or author-specified keywords : "Problem solving"	184 577
9	#1 ET #8	13
10	Title, abstract or author-specified keywords : "Care environment"	18 206
11	#1 ET #10	57
12	(#3 + #5 + #7 + #9 + #11)	957
	Articles antérieurs à 2000	80
	Total d'articles restant	**877**
13	Title, abstract or author-specified keywords : "Assistante infirmière-chef" OR "Assistante du supérieur immédiat"	0

CAIRN

Numéro	Requêtes	Résultat
1	"Assistante infirmière-chef" OU "Assistante du supérieur immédiat"	**1**

Littérature grise

ProQuest Dissertations & Theses Global

Numéro	Requêtes	Résultats
1	ti((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*)) OR ab((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*))	883
2	ti(Leadership) OR ab(Leadership)	81 626
3	#1 AND #2	105
4	ti(Communication) OR ab(Communication)	194 828
5	#1 AND #4	78
6	ti(Caring) OR ab(Caring)	13 806
7	#1 AND #6	25
8	ti(Problem solving) OR ab(Problem solving)	57 404
9	#1 AND #8	15
10	ti((Care environment) OR (Work environment)) OR ab((Care environment) OR (Work environment))	110 220
11	#1 AND #10	69
12	#3 OR #5 OR #7 OR #9 OR #11	237
	((A and B1) OR (A and B2) OR (A and B3) OR (A and B4) OR (A and B5))	
	Articles antérieurs à 2000	79
	Total d'articles restant	**158**

Recherche effectuée le 9 décembre 2021 à partir des bases de données disponibles à la bibliothèque de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

5.1.2 Résultats complémentaires

En ajout aux résultats présentés dans l'article scientifique, le nombre d'éléments clés extraits par type de composante à inclure à la formation est présenté au Tableau 12.

Tableau 12. Éléments clés extraits par composante à inclure à la formation

Composante à inclure à la formation	Nombre d'éléments clés extraits	Nombre de publication
Contenu conceptuel	22	13
Contenu d'application	15	10
Contenu d'intégration des connaissances	9	10

À la lumière des différents éléments clés extraits des publications, la formation a été élaborée en tenant compte des trois systèmes du modèle conceptuel nommé « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef » utilisé dans cette thèse. Voici les étapes, présentées dans l'ordre chronologique, qui ont été suivies pour élaborer la formation.

En lien avec le système de gestion, afin de prendre en compte la structure organisationnelle des établissements de soins de santé, la durée ainsi que le mode de dispensation de la formation ont été déterminés. Cela permettait de s'assurer que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé.

En lien avec le système clinique, afin que la formation favorise le renforcement des compétences de l'AIC, les objectifs de la formation ont été définis, ainsi que le nombre et les sujets des modules de formation. Par la suite, en fonction des éléments clés répertoriés, les informations communes à chacun des modules (définition de la compétence, impacts

de cette dernière, etc.) ont été déterminées. Puis, les sections de chacun des modules ont été statuées, soit : 1) comment se manifeste la compétence abordée; 2) comment renforcer la compétence abordée; et 3) en résumé. Afin d'intégrer du contenu conceptuel et d'application, le contenu de la formation a été élaboré sous forme de diapositives à l'aide du logiciel *PowerPoint*, en fonction des éléments clés répertoriés. Des publications complémentaires ont été recherchées pour bonifier le contenu de certains modules où des éléments clés étaient manquants. Enfin, pour respecter les principes d'ÉDI, des images représentant des AIC de différents genres, âges et cultures notamment ont été incluses à la formation et un langage inclusif a été utilisé.

En lien avec le système de gouvernance clinique, afin que l'AIC mobilise les nouvelles connaissances apprises par le transfert de ces dernières dans sa pratique, diverses stratégies pédagogiques (ex. études de cas, jeu de rôle) ont été intégrées à la formation. Un plan regroupant quatre méthodes d'apprentissage, chacune incluant diverses stratégies pédagogiques, a été rédigé pour garantir une diversité dans les approches pédagogiques de chaque module. Ainsi, les éléments clés liés au contenu d'intégration des connaissances ont été analysés pour s'assurer de l'applicabilité des exercices (stratégies pédagogiques) dans le contexte québécois. Puis, de nouvelles stratégies pédagogiques ont été élaborées en s'assurant qu'elles se déroulaient dans différents secteurs de soins (milieu hospitalier, première ligne, centre d'hébergement, etc.). Enfin, la validation de certaines stratégies pédagogiques se déroulant dans des

secteurs de soins auxquels l'étudiante-chercheure avait moins d'expertise a été réalisée auprès d'experts, afin d'assurer la véracité des informations et leur applicabilité.

Finalement, un regard global a été porté sur la formation par l'étudiante-chercheure pour s'assurer qu'elle répondait bien aux objectifs déterminés. Puis, des outils complémentaires ont été élaborés, notamment un horaire de formation indiquant le temps prévu pour chaque diapositive et module de formation, afin de respecter le temps alloué pour la journée, incluant les pauses et l'heure du repas. Un guide du formateur, un guide du participant et un journal de bord ont également été élaborés.

Les détails relatifs à ces différentes étapes d'élaborations sont présentés dans les sections suivantes de cette thèse.

Avant que s'amorce la validation de la formation par des experts, la formation élaborée a fait l'objet d'une première consultation informelle auprès de 25 AIC travaillant dans un CISSS du Québec. Ces AIC se sont prononcées sur la pertinence, la clarté et l'applicabilité du contenu de formation; sur la structure de la formation ainsi que sa durée; et si les stratégies pédagogiques utilisées leur permettaient de mieux comprendre le contenu abordé. Les évaluations et les commentaires émis par ces AIC ont permis d'apprécier et de réajuster la formation avant que s'amorce le processus officiel de validation par des experts (méthode Delphi).

5.2 Approche méthodologique – Méthode Delphi

5.2.1 Article 3. Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi

Titre de l'article : Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi

Auteurs : Maripier Jubinville, Éric Tchouaket Nguemeleu et Caroline Longpré

Contribution des auteurs :

Maripier Jubinville, étudiante-chercheure, est l'auteure principale de cet article. Elle a : procédé à la conception de l'étude; sélectionné et communiqué avec les experts; coordonné le processus de validation de la formation; élaboré le questionnaire d'évaluation de la formation; révisé le questionnaire; compilé les données collectées; analysé et interprété les données; rédigé l'article; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soumis l'article.

Caroline Longpré et Éric Tchouaket Nguemeleu ont : révisé le questionnaire d'évaluation de la formation; soutenu l'étudiante-chercheure dans l'analyse et l'interprétation des données; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soutenu l'étudiante-chercheure.

Nom de la revue : Avancées en formation infirmière

Date de soumission : 10 août 2024 (appendice H)

Statut de l'article : Soumis

Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi

5.2.1.1 Résumé

Introduction : Une assistante infirmière-chef (AIC) occupe une fonction de gestion clinico-administrative dans un établissement de soins de santé. Elle doit faire preuve de compétences spécifiques pour exercer optimalement sa fonction, dont celles de : leadership; communication interpersonnelle; *caring* clinico-administratif; capacité de résolution de problèmes; et connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Reliée entre autres à la rareté ou aux lacunes des formations recensées lui étant destinées, l'AIC est peu soutenue dans l'appropriation et l'exercice de sa fonction. Suivant ce constat, une formation basée sur l'expertise en abordant les cinq compétences requises, qui intègre des stratégies de mobilisation des connaissances et qui prend en compte la structure organisationnelle des établissements de soins de santé est actuellement en développement. Cette formation est assujettie, à cette étape-ci de son développement, à un processus de validation empirique afin d'être reconnue scientifiquement. **Objectif :** Valider empiriquement la formation élaborée visant à soutenir l'AIC dans l'exercice de sa fonction, par l'évaluation de la validité de contenu et la fiabilité. **Méthode :** Une méthode Delphi a été utilisée pour valider la formation par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne autoadministré complété par des experts, comprenant différentes sections regroupant chacune des questions spécifiques de validation. La validité de contenu et la fiabilité ont été évaluées. L'obtention d'un indice de validité de

contenu (IVC) égal ou supérieur à 0,80 était visée pour chacune des sections et chacune des questions prises individuellement. Une analyse de contenu des données qualitatives obtenues via les commentaires émis par les experts a été effectuée. Puis, un test non paramétrique de type Mann-Whitney a été réalisé pour chacune des sections, afin d'évaluer la fiabilité de la formation. **Résultats :** Deux tours de consultation ont été requis. Ce sont 33 experts qui ont participé au premier tour et 21 experts au deuxième tour. En termes de validité de contenu, 11 sections sur 12 et 104 questions sur 113 ont obtenu un IVC égal ou supérieur à 0,80. L'analyse des données qualitatives a permis d'apporter des modifications à la formation pour les sections et questions qui n'ont pas atteint un taux de validité visé, en plus de faire émerger sept recommandations à considérer lors de l'élaboration d'une formation. Finalement, la fiabilité a été présente avec un p-value supérieur à 0,05 pour 9 sections sur 12. **Conclusion :** Cette étude a permis de valider la formation en développement visant à soutenir l'AIC dans l'exercice de sa fonction en lien avec ses compétences à renforcer. Par le fait même, ce renforcement de compétences aura inévitablement des impacts positifs notamment sur la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers et sur le taux de roulement du personnel infirmier.

Mots-clés : assistante infirmière-chef, compétence, formation, méthode Delphi

5.2.1.2 Introduction

Dans le contexte québécois, au Canada, l'assistante infirmière-chef (AIC) est définie comme étant une infirmière qui assume des rôles et responsabilités de nature clinique et administrative (clinico-administrative), dans un secteur de soins d'un établissement de soins de santé, en soutien à son gestionnaire et aux membres de son équipe (Jubinville et al., 2023). Au niveau clinique, par exemple, elle assure une vigie de la qualité des soins et, au niveau administratif, elle effectue le suivi auprès de son gestionnaire des problèmes opérationnels présents dans son secteur de soins (Plourde, 2012). Dans plusieurs pays, l'AIC porte le titre de *charge nurse* (Millard et al., 2024; Wolf et al., 2024). Selon Plourde (2012), afin d'exercer optimalement sa fonction, l'AIC doit maîtriser cinq compétences, notamment : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Une compétence réfère à un « savoir agir » en situation professionnelle par la mobilisation de ressources internes et externes ainsi qu'à « avoir des ressources personnelles » appropriées (Le Boterf, 2018). Or, la littérature fait état d'un manque de préparation ou de soutien offert à l'AIC lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction (Yaghobian et al., 2020), pouvant entraîner une difficulté au niveau du renforcement de ses compétences (Lessard, 2018). Ce constat peut se répercuter sur la qualité des soins offerts à l'usager (Andronico et al., 2019) par exemple, par la difficulté à identifier des priorités de soins (Lessard, 2018). Ainsi, il est nécessaire que ces cinq compétences requises à la fonction d'AIC soient renforcées afin de contrer ces impacts notables probables.

Il a été démontré que la formation représente une méthode de soutien efficace pour acquérir et maintenir les connaissances et compétences d'un professionnel (Ford, 2021). Par le fait même, la formation destinée à l'AIC doit tenir compte de mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de cette fonction (Jubinville, Longpré, et al., 2024) tels que : inclure du contenu de formation portant sur les compétences requises, afin que ces dernières soient basées sur l'expertise; utiliser des principes favorisant un transfert des apprentissages, ce dernier étant défini comme l'application dans son travail, des attitudes, connaissances et compétences apprises en formation (Baldwin & Ford, 1988), afin de permettre une mobilisation des connaissances; et s'assurer que la formation soit dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction, et qu'elle soit applicable dans les établissements de soins de santé, afin de tenir compte de leur structure organisationnelle. Or, une revue de la littérature portant sur les formations existantes dispensées à l'AIC a permis de constater la présence de lacunes en lien avec les mécanismes ci-haut mentionnés (Jubinville, Longpré, et al., 2024).

En réponse à ce constat, notre équipe de recherche a suivi un processus de développement et de validation d'une formation, inspiré des étapes de Ghahari et al. (2020) et Rousselot et al. (2018). D'abord, nous avons élaboré une formation en français d'une durée de 6 h 30 (une journée). Nous avons mené une revue de la portée qui nous a permis d'identifier des éléments clés à l'opérationnalisation de chacune des compétences requises à la fonction d'AIC (Jubinville et al., 2025). Ces éléments clés ont servi à l'élaboration du contenu de formation lié aux cinq compétences, afin qu'elle soit basée

sur l'expertise. Ainsi, chacune d'elles a fait l'objet d'un module de formation pour un total de dix modules : *préformation; introduction*; *module 1 – assistante infirmière-chef*; *module 2 – leadership*; *module 3 – communication interpersonnelle*; *module 4 – caring clinico-administratif*; *module 5 – capacité de résolution de problèmes*; *module 6 – connaissance et compréhension de l'environnement de travail*; *conclusion; et postformation*. En plus, nous y avons ajouté des stratégies de mobilisation des connaissances visant un transfert des apprentissages en pratique en incorporant notamment des stratégies pédagogiques, telles que des vidéos, discussions et études de cas. Finalement, nous avons tenu compte de la structure organisationnelle des établissements de soins de santé au Québec afin que la formation puisse être applicable et dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. En effet, la formation doit notamment être d'une durée raisonnable afin que les établissements de soins de santé puissent libérer l'AIC pour sa participation à la formation. Le contenu et les stratégies pédagogiques intégrés à cette formation sont présentés sous forme de diapositives à l'aide du logiciel *PowerPoint*.

Cette formation est ainsi cohérente avec Lessard (2018) qui souligne l'importance que soit élaborée une formation basée sur des données probantes destinée à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. En regard du processus de développement et de validation d'une formation, la validation empirique de la formation constitue l'étape subséquente à son élaboration (Ghahari et al., 2020; Rousselot et al., 2018). Ainsi,

l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité de la formation témoigneront à cette étape-ci, de sa validation empirique (Fortin & Gagnon, 2022; Gray & Grove, 2021).

5.2.1.3 Objectif et question de recherche

L'objectif de cette étude s'inscrit dans cette optique soit de valider empiriquement la formation élaborée visant à soutenir l'AIC dans l'exercice de sa fonction, par l'évaluation de la validité de contenu et la fiabilité. La question de recherche est : est-ce que la formation élaborée est valide et fiable?

5.2.1.4 Méthode

Cette étude s'appuie sur une méthode Delphi pour valider, à l'aide d'experts, la formation en développement destinée à l'AIC. Pour garantir la rigueur de la méthode Delphi, cette recherche s'est appuyée à la fois sur le Conducting and REporting of DElphi Studies (CREDES) (Jünger et al., 2017) et sur les lignes directrices en matière de rapports établies par Spranger et al. (2022).

Questionnaire d'évaluation de la formation

Pour valider la formation, un questionnaire en ligne autoadministré via la plateforme *LimeSurvey,* composé de 11 sections intégrant au total 113 questions*,* a été élaboré par la chercheure principale et révisé par les co-chercheurs (appendice I de cette thèse). Les experts participants à l'étude ont évalué, via les diapositives de formation, si : le contenu de formation est applicable à la fonction d'AIC, clair, structuré de façon logique et permet

à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique; et si les stratégies pédagogiques proposées sont pertinentes pour favoriser le renforcement des compétences de l'AIC. Ils devaient se prononcer par l'intermédiaire d'une échelle de Likert à quatre choix ; *1 « totalement en désaccord », 2 « partiellement en désaccord », 3 « partiellement en accord »* et *4 « totalement en accord »*, en plus du choix *N/A « non applicable »* à sélectionner en l'absence d'expertise pour se prononcer. Ensuite, les experts étaient appelés à émettre au besoin par écrit des commentaires qualitatifs dans un espace disponible adjacent à chacune des sections.

Sélection des experts

Les experts ont été recrutés par l'intermédiaire d'un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné (Gray & Grove, 2021), afin d'assurer une diversité dans les milieux d'étude, les régions administratives du Québec et les expertises relativement à la forme ou au contenu de la formation. Un courriel avec affiche de recrutement jointe a été acheminé aux participants potentiels ciblés (appendice J de cette thèse), faisant partie du réseau de contacts des chercheurs, en leur demandant s'ils désiraient faire partie du projet de recherche et s'ils pouvaient nous recommander des participants potentiels (méthode par boule de neige (Gray & Grove, 2021)). En nous appuyant sur les recommandations de Turoff (2002) qui suggère d'avoir entre 10 et 50 experts pour la réalisation d'une méthode Delphi, nous en avons initialement ciblé 50 afin de pouvoir en recruter minimalement 30. Nous avons recruté, en fonction des critères de sélection identifiés : 1) des experts AIC (n = 23) : a) titulaires d'un permis valide de l'Ordre des

infirmières et infirmiers du Québec; b) détenant un poste permanent ou de remplacement d'AIC depuis au moins six mois ; et c) n'étant pas en suivi de compétences, déontologique ou disciplinaire; et 2) des experts non AIC (n = 27) détenant : a) des connaissances avancées sur la fonction d'AIC ou un poste de professeur; et b) une expertise en lien avec un aspect de la forme ou du contenu de la formation. L'ensemble des experts devaient lire et comprendre le français. Ceux ayant accepté de participer à l'étude ont reçu par courriel (appendice K de cette thèse) le lien permettant d'accéder au questionnaire de validation en ligne intégrant la formation et une capsule narrée présentant les directives à suivre pour la complétion du questionnaire.

Validation de la formation

Le processus de validation par la méthode Delphi a été réalisé selon le schéma présenté à la Figure 16. D'abord, les experts ont été invités à participer au processus de validation où deux tours se sont tenus entre juillet et décembre 2023. Des données quantitatives et qualitatives ont permis d'évaluer la validité de contenu et la fiabilité de la formation.

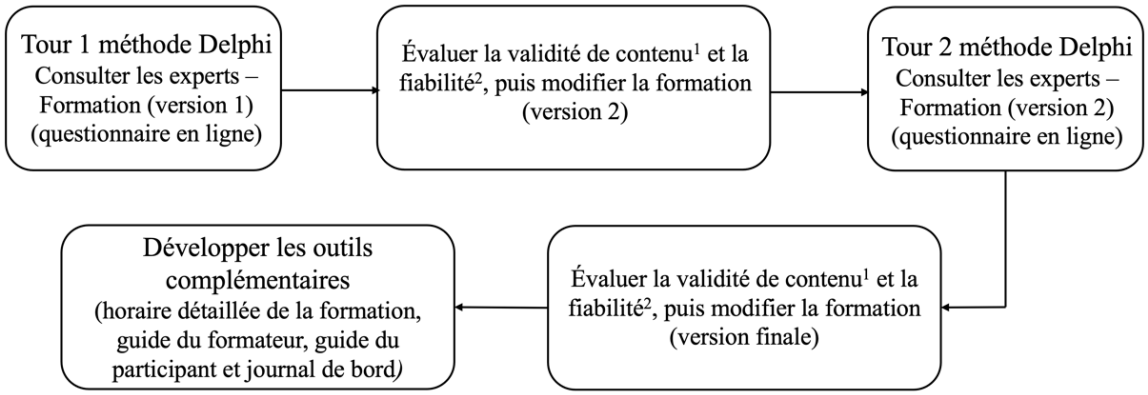
Validité de contenu. La validité de contenu (taux de consensus) a été évaluée à l'aide de données quantitatives et qualitatives. Après chaque tour, les données quantitatives recueillies ont été analysées afin d'évaluer le taux de consensus établis à 0,80 selon un indice de validité de contenu (IVC) (Gray & Grove, 2021). Ce dernier a été évalué pour chacune des sections et questions du questionnaire. Puisqu'une discrimination n'était

pas possible en prenant en compte les réponses associées aux choix 3 *« partiellement en accord »* et 4 *« totalement en accord »*, l'IVC a été calculé en considérant uniquement les réponses associées au choix *4 « totalement en accord »*. Ce nombre a été divisé par le nombre total de réponses obtenues des experts pour la section ou la question visée, tout en excluant les réponses attribuables au choix *N/A « non-applicable »*. Puis, les données qualitatives (commentaires émis par les experts) ont fait l'objet d'une analyse de contenu. L'évaluation du taux de consensus a été effectuée selon trois niveaux de révision (Tchouaket Nguemeleu et al., 2020) synthétisés à la Figure 17.

Premièrement, l'IVC pour chacune des sections du questionnaire a été évalué. Lorsqu'il était inférieur à 0,80, la section était considérée invalide. Ainsi, les diapositives de formation associées à cette dernière ont été révisées en fonction des commentaires qualitatifs émis par les experts et les questions de cette section ont été soumises à nouveau aux experts lors d'un deuxième tour de validation. Lorsque l'IVC de la section était égal ou supérieur à 0,80, cette dernière était considérée comme valide. Deuxièmement, l'IVC de chacune des questions comprises dans chacune des sections a été évalué. Le même processus que pour les sections du questionnaire a été suivi. Troisièmement, les diapositives de formation liées aux questions qui ont été révisées, mais qui n'ont pas atteint le niveau de 0,80 après deux tours de validation, ont été modifiées par la chercheure principale, afin de répondre aux préoccupations exprimées par les experts. Finalement, nous avons considéré les commentaires qualitatifs, même si l'IVC obtenu d'une section ou d'une question était égal ou supérieur à 0,80.

Fiabilité. Pour chaque section du questionnaire, la fiabilité (la variance dans la compréhension de la formation qui est due à une véritable différence de résultats et non à une erreur de mesure entre les groupes d'experts (Gray & Grove, 2021)) a été évaluée à l'aide du test non paramétrique Mann-Whitney (puisque nous avions deux groupes d'experts seulement (AIC et non AIC)), avec un seuil p-value de 0,05. Un résultat non statistiquement significatif (p-value supérieur à 0,05) indiquait que les réponses d'une section étaient sensiblement constantes (fiables) entre les deux groupes d'experts. Les résultats statistiquement significatifs (p-value égal ou inférieur à 0,05) ont engendré une révision des diapositives de formation et ont été soumis de nouveau lors du deuxième tour de validation. Les résultats ont été analysés à l'aide de SPSS version 29.

Suivant ce processus de validation par des experts qui s'est déroulé en deux tours et qui a impliqué des analyses quantitatives et qualitatives de validité de contenu et de fiabilité, une version finale de la formation a été élaborée. De plus, des outils complémentaires à la formation (horaire détaillé de la formation, guide du formateur, guide du participant et journal de bord) ont été modifiés à la suite notamment des commentaires obtenus par les experts.



1 : Validité de contenu (taux de consensus) évaluée à l'aide de données quantitatives (indice de validité de contenu (IVC)) et de données qualitatives (analyse de contenu)
2 : Fiabilité (variance) évaluée à l'aide du test non-paramétrique Mann-Whitney

Figure 16. Processus de validation de la formation par une méthode Delphi

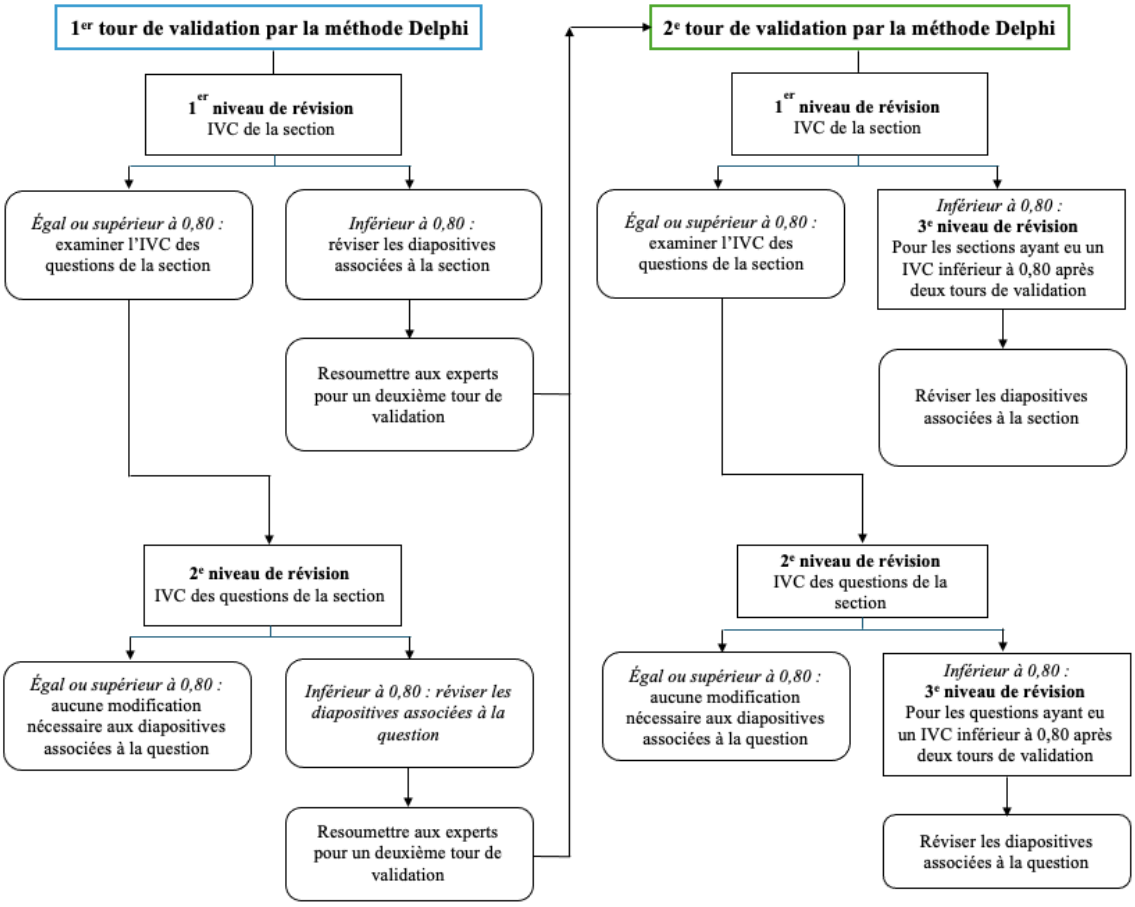


Figure 17. Niveaux de révision du consensus

Considérations éthiques

Ce processus de validation par la méthode Delphi fait partie intégrante d'une étude globale visant à développer et valider une formation, qui inclut les étapes suivantes : 1) revue de la portée pour identifier le contenu à inclure à la formation et élaborer cette dernière; 2) validation de la formation; et 3) mise en œuvre de la formation pour l'évaluer et identifier les facteurs qui influencent son implantation. Cette étude globale a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence : 2021-1261). Tous les experts ayant participé à la

validation de la formation par la méthode Delphi ont donné leur consentement, ont été bien informés des modalités de l'étude, ont pu cesser d'y participer à tout moment, librement et sans risque de préjudice et l'anonymat des participants a été assuré.

5.2.1.5 Résultats

Les résultats des deux tours seront présentés en fonction des rubriques suivantes : caractéristiques de la population; validité de contenu; et fiabilité. Un exemple concret des résultats obtenus en regard du processus d'analyse est représenté au Tableau 13.

Premier tour de validation par la méthode Delphi

Caractéristiques de la population. Des 39 experts ayant manifesté leur intérêt, 33 (84,62%) ont rempli le questionnaire au premier tour de validation (Tableau 14). De ce nombre : 14 (42,42%) sont des AIC; 6 (18,18%) des professeurs, 5 (15,15%) des gestionnaires; 4 (12,12%) des conseillères cadre en soins infirmiers; 3 (9,09%) détenait un autre titre; et 1 (3,04%) un formateur. Les experts provenaient des régions administratives suivantes : 10 (30,30%) de Montréal; 9 (27,27%) des Laurentides; 4 (12,12%) de la Capitale-Nationale; 3 (9,09%) du Saguenay–Lac-Saint-Jean; 3 (9,09%) de la Mauricie et Centre-du-Québec; 3 (9,09%) de l'Estrie; et 1 (3,04%) de l'Outaouais. Finalement, 10 (31,25%) experts provenaient du milieu hospitalier; 7 (21,88%) de soins de première ligne; 7 (21,88%) provenaient d'un autre milieu; 6 (18,74%) d'un milieu

universitaire; 2 (6,25%) d'un centre d'hébergement et de longue durée; et 1 expert n'a pas répondu à la question.

Validité de contenu. En ce qui concerne les données quantitatives (Tableau 15 et matériel supplémentaire 1), 7 sections du questionnaire sur 11 ont atteint le seuil minimal d'IVC de 0,80. Par le fait même, les diapositives associées aux quatre autres sections ont fait l'objet de modification, soit : préformation (IVC = 0,71); module 2 (IVC = 0,77); postformation (IVC = 0,78); et évaluation générale (IVC = 0,72). Ont également atteint le seuil minimum d'IVC 54 questions sur 86 intégrées aux sections ayant atteint le seuil minimal d'IVC. Ainsi, les diapositives liées aux 32 autres questions ont été révisées.

En regard des données qualitatives, c'est plus de 450 commentaires qui ont été émis par les experts au premier tour de validation. Les données qualitatives ont été essentielles pour ajuster les diapositives de formation qui a consisté en l'ajout, la suppression ou la révision d'informations influençant positivement la validité de contenu. De plus, à la suite de cette analyse, ont émergé sept recommandations à respecter lors de l'élaboration d'une formation afin de favoriser sa réussite en lien notamment avec son applicabilité et sa clarté.

1) Préciser les accès et le matériel nécessaires à la dispensation de la formation

Certains experts ont suggéré d'inscrire en annexe de la formation les accès à différents sites internet et le matériel nécessaire à la formatrice pour faciliter sa préparation et la dispensation de la formation. Un expert indique : « mentionner dans les consignes du

début pour la formatrice d'avoir des haut-parleurs ou un ordinateur qui projette bien le son lors du visionnement de vidéos ».

2) Adapter la formation au contexte de chaque établissement de soins de santé

Il a été mentionné d'adapter le contenu et les stratégies pédagogiques proposés au contexte et à la réalité de chaque établissement de soins de santé. À cet effet, un expert mentionne : « comme activité brise-glace, je prévoirais une activité pour un très petit groupe, car ce n'est pas tous les milieux qui ont un grand nombre de personnes à former en même temps […] ».

3) Apporter de la clarté à la formation

Cette recommandation met l'emphase sur l'amélioration de la clarté et de la compréhension du contenu, par l'ajout notamment d'exemples, afin que l'information transmise soit concrète pour l'AIC. En exemple : « cette diapo est plus ou moins claire, semble très théorique, pourrait être expliquée avec des exemples concrets ».

4) Épurer les diapositives de formation

Certains experts ont proposé d'épurer les diapositives de formation afin que ces dernières soient moins chargées et ciblent les informations les plus importantes. Un expert indique : « diapo 41 : très chargée ».

5) Préciser le contenu de formation

Les experts proposaient l'ajout de précision à certains contenus de formation ou encore une formulation différente de ce qui était inscrit. Cet expert mentionne : « j'ajouterais sur la diapo 14 soutien clinique aux infirmières, car ce n'est pas juste avec le gestionnaire […] ».

6) Utiliser des stratégies pédagogiques pertinentes

Les experts ont proposé certaines modifications aux stratégies pédagogiques intégrées, afin que ces dernières soient plus claires et facilement applicables. Un expert indique : « quelles sont les similitudes? (au lieu d'y voyez-vous des similitudes) ».

7) Octroyer un temps réaliste aux stratégies pédagogiques

Certains experts ont fait mention de l'importance du temps dédié à une stratégie pédagogique. Un expert mentionne : « pour avoir fait cet exercice, j'y consacrerais plus de temps c'est peu dix minutes pour chaque partie ».

Donc, ces sept recommandations ont permis considérablement d'améliorer la formation afin que cette dernière soit claire, concrète et adaptée à l'AIC.

Fiabilité. La fiabilité (Tableau 16 et matériel supplémentaire 1) de 5 sections sur 11 était présente. Les six autres sections ont fait l'objet de modification soit le : module 1 ($U = 3816{,}000$, $p = 0{,}001$); module 2 ($U = 40503{,}500$, $p = <0{,}001$); module 3

(U = 34771,000, p = <0,001); module 4 (U = 29280,000, p = 0,006); module 5 (U = 58475,500, p = 0,022); et module 6 (U = 19714,500, p = 0,005).

Ainsi, en regard des analyses des données quantitatives et qualitatives, les diapositives de formation ont été modifiées, mieux précisées et complémentées. L'intégration supplémentaire de stratégies pédagogiques et la bonification de temps octroyé à celles proposées ont engendré une augmentation de la durée de la formation d'une journée (6 h 30) à une journée et demie (10 h 15). Ainsi, un module de formation (*retour sur les notions vues au jour 1*) qui sera abordé en début de demi-journée supplémentaire a été ajouté. Le questionnaire d'évaluation en ligne a été adapté pour le deuxième tour de validation et a été acheminé aux experts (appendice L de cette thèse).

Deuxième tour de validation par la méthode Delphi

Caractéristiques de la population. Des 33 experts ayant participé au premier tour de validation, 21 (63,64%) ont rempli le questionnaire de 116 questions au deuxième tour (Tableau 14). Une représentativité en termes de titre d'emploi et de régions administratives a été maintenue: sept (33,33%) AIC; cinq (23,81%) professeurs; trois (14,29%) gestionnaires; trois (14,29%) conseillères cadres en soins infirmiers; deux (9,52%) détenant un autre titre; et un (4,76%) formateur; puis six (28,58%) provenaient de Montréal; sept (33,34%) des Laurentides; deux (9,52%) de la Capitale-Nationale; deux (9,52%) du Saguenay–Lac-Saint-Jean; deux (9,52%) de la Mauricie et Centre-du-Québec; un (4,76%) de l'Estrie; et un (4,76%) de Laval. Finalement, un équilibre a demeuré dans

le secteur de travail des experts où : huit (38,10%) provenaient d'un milieu hospitalier; quatre (19,05%) de première ligne; quatre (19,05%) d'un autre secteur; et cinq (23,80%) d'un milieu universitaire.

Validité de contenu. Pour les données quantitatives (Tableau 15 et matériel supplémentaire 1), 11 sections du questionnaire sur 12 ont atteint le seuil minimal d'IVC de 0,80. Ainsi, la diapositive de formation associée à la nouvelle section nommée *retour jour 1* (IVC = 0,73) a été revue. Ont également atteint le seuil minimal d'IVC 104 questions sur 113 intégrées aux sections ayant atteint le seuil minimum d'IVC. Par le fait même, les diapositives liées aux neuf autres questions ont été révisées.

En regard des données qualitatives analysées, c'est un peu plus de 210 commentaires qui ont été émis par les experts, soit une diminution considérable de plus de 50% comparativement au premier tour de validation. Aussi, les sept mêmes recommandations qu'au premier tour ont émergé, mais pour certaines avec très peu de commentaires. Donc, ces derniers ont permis d'apporter d'ultimes modifications à la formation afin de s'assurer de répondre aux préoccupations des experts.

Fiabilité de la formation. La fiabilité (Tableau 16 et matériel supplémentaire 1) de 9 sections sur 12 était présente. Ainsi, les trois sections suivantes ont fait l'objet de modification : introduction ($U = 357{,}000$, $p = 0{,}004$); module 5 ($U = 25650{,}000$, $p = 0{,}036$); et évaluation générale ($U = 936{,}000$, $p = 0{,}015$).

Tableau 13. Représentation de l'analyse menant à un résultat

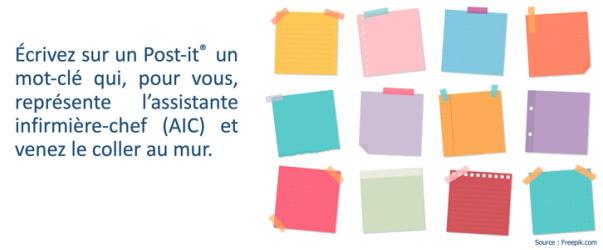
Tour 1 :	**Question :**	Les stratégies pédagogiques présentées sont pertinentes
	Diapositive de formation à valider :	
	IVC obtenu :	0,88
	Commentaire émis par un expert :	« Je pense qu'il faudrait idéalement être plus spécifique par rapport au "mot" recherché (ex : si vous aviez à décrire votre rôle avec un seul mot, lequel serait-il?) »
Tour 2 :	**Question :**	Les stratégies pédagogiques présentées sont pertinentes pour créer un climat d'apprentissage positif
	Diapositive de formation modifiée à valider :	
	IVC obtenu :	0,95

Tableau 14. Données sociodémographiques

	Tour 1		Tour 2	
	n	**%**	**n**	**%**
Sexe d'appartenance	**31**		**21**	
Féminin	28	90,32	19	90,48
Masculin	3	9,68	2	9,52
Titre d'emploi	**33**		**21**	
Experts AIC				
Assistante infirmière-chef	14	42,42	7	33,33
Experts non AIC				
Professeur	6	18,18	5	23,81
Gestionnaire (directeur, coordonnateur ou chef d'unité)	5	15,15	3	14,29
Conseillère cadre en soins infirmiers	4	12,12	3	14,29
Autre	3	9,09	2	9,52
Formateur	1	3,04	1	4,76
Nombre d'années d'expérience dans le titre d'emploi	**33**		**20**	
Moins de 6 mois	1	3,03	1	5
6 – 11 mois	2	6,07	1	5
1 – 5 ans	13	39,39	8	40
6 – 10 ans	6	18,18	6	30
11 – 15 ans	5	15,15	3	15
16 et plus	6	18,18	1	5
Région administrative de travail	**33**		**21**	
Montréal	10	30,30	6	28,58
Laurentides	9	27,27	7	33,34
Capitale-Nationale	4	12,12	2	9,52
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	9,09	2	9,52
Mauricie et Centre-du-Québec	3	9,09	2	9,52
Estrie	3	9,09	1	4,76
Outaouais	1	3,04	0	-
Laval	0	-	1	4,76
Secteur de travail	**32**		**21**	
Milieu hospitalier	10	31,25	8	38,10
Première ligne	7	21,88	4	19,05
Autre	7	21,88	4	19,05
Milieu universitaire	6	18,74	5	23,80
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	2	6,25	0	-

Tableau 15. Validité de contenu

Section du questionnaire – module de formation	Tour 1		Tour 2	
	IVC égal ou supérieur à 0,80	IVC global section	IVC égal ou supérieur à 0,80	IVC global section
1- Préformation	0%	0,71	100%	0,93
2- Introduction	50%	0,83	100%	0,94
3- Module 1	66,67%	0,83	100%	0,88
4- Module 2	36,84%	0,77	90%	0,85
5- Module 3	88,89%	0,88	88,24%	0,88
6- Module 4	50%	0,84	100%	0,91
7- Retour jour 1	-	-	0%	0,73
8- Module 5	50%	0,80	100%	0,91
9- Module 6	53,85%	0,80	81,82%	0,88
10- Conclusion	85,71%	0,84	85,71%	0,84
11- Postformation	0%	0,78	100%	0,90
12- Évaluation générale	0%	0,72	60%	0,81

Tableau 16. Fiabilité

Section du questionnaire – module de formation	Tour 1				Tour 2			
	IVC – 4 expert AIC	IVC – 4 expert non AIC	Mann-Whitney		IVC – 4 expert AIC	IVC – 4 expert non AIC	Mann-Whitney	
			Valeur	P-value			Valeur	P-value
1- Préformation	0,78	0,66	451,500	0,299	1,00	0,89	175,000	0,209
2- Introduction	0,88	0,79	1946,000	0,202	0,81	1,00	357,000	0,004
3- Module 1	0,93	0,75	3816,000	0,001	0,90	0,87	2271,000	0,670
4- Module 2	0,84	0,72	40503,500	<0,001	0,88	0,84	18360,000	0,338
5- Module 3	0,95	0,83	34771,000	<0,001	0,92	0,86	13258,500	0,129
6- Module 4	0,89	0,80	29280,000	0,006	0,93	0,90	12208,000	0,418
7- Retour jour 1	-	-	-	-	0,71	0,73	423,000	0,885
8- Module 5	0,84	0,78	58475,500	0,022	0,95	0,89	25650,000	0,036
9- Module 6	0,86	0,75	19714,500	0,005	0,88	0,88	5542,000	0,875
10- Conclusion	0,88	0,81	5870,000	0,150	0,90	0,82	2205,000	0,201
11- Postformation	0,86	0,72	109,000	0,367	1,00	0,85	38,500	0,286
12- Évaluation générale	0,75	0,70	3076,000	0,469	0,94	0,74	936,000	0,015

Description de la version finale de la formation

La version finale de la formation comprend les mêmes modules que la version initiale élaborée, en plus de l'ajout du module *retour sur les notions vues au jour 1* et du retrait des modules *préformation* et *postformation*, dû au fait que les informations s'y retrouvant ont été ajoutées à des outils complémentaires. Ainsi, il y a eu une modification de plusieurs diapositives de formation en fonction des commentaires émis par les experts. On retrouve les mêmes stratégies pédagogiques (ex. vidéo), mais en plus grand nombre, ce qui permet à l'AIC de s'exercer davantage, de mieux intégrer ses apprentissages et possiblement d'assurer un meilleur transfert de ces derniers dans sa pratique. Ainsi, l'ensemble des résultats quantitatifs et qualitatifs ont été pris en compte afin que cette formation soit applicable, claire, adaptée à la fonction d'AIC au Québec et facilite l'apprentissage de ces dernières. Cette version finale de la formation pourra être consultée en effectuant une demande à l'auteure principale.

En complémentarité à cette formation, quatre outils ont été modifiés, entre autres à partir des commentaires obtenus des experts. Premièrement, un horaire de formation permettant d'obtenir un découpage du temps. Deuxièmement, un guide du formateur en deux volets, soit : a) un guide présentant les aspects généraux de la formation; et b) des notes explicatives sous forme de commentaires insérés sous chacune des diapositives de formation. Troisièmement, un guide du participant regroupant les principales diapositives de formation, permettant à l'AIC de prendre des notes et de s'y référer ultérieurement. Quatrièmement, un journal de bord comprenant des espaces prédéfinis pour que l'AIC y

inscrive les réponses à certaines stratégies pédagogiques (ex. étude de cas) et des espaces pour y noter ses réflexions et questions.

5.2.1.6 Discussion

L'objectif de cette étude était de valider empiriquement la formation élaborée visant à soutenir l'AIC dans l'exercice de sa fonction, par l'évaluation de la validité de contenu et la fiabilité. La formation a été validée par deux groupes d'experts (AIC et non AIC), à l'aide de deux tours de validation par la méthode Delphi. Une baisse notable de participants au deuxième tour comparativement au premier a été remarquée. Cela peut être associé notamment au fait qu'au moment où le deuxième tour s'est déroulé, une grève syndicale majeure des employés du réseau de la santé québécois a eu lieu (Fédération de la santé et des services sociaux - CSN, 2023; Girard-Bossé, 2023), occasionnant pour les experts œuvrant dans le réseau de la santé, des horaires surchargés et peu de temps pour s'impliquer dans cette étude. Nous avons remarqué dans les articles scientifiques répertoriés que l'utilisation d'une méthode Delphi semble avoir été peu utilisée dans le domaine de la santé pour valider une formation, ce qui rend notre étude innovante. En effet, les études recensées visent davantage à présenter aux experts les thématiques de contenu à intégrer à une formation ou encore la façon d'organiser cette dernière (Costa et al., 2023; Keter et al., 2023).

Validité de contenu

En regard des données quantitatives, l'établissement d'un taux de consensus par le calcul de l'IVC est d'une grande importance dans le développement d'un outil, telle qu'une formation, afin de juger du niveau d'accord entre les experts et d'attester de la validité de l'outil élaboré (Fortin & Gagnon, 2022; Gray & Grove, 2021). Dans la présente étude, l'IVC a été calculé pour chacune des sections et questions du questionnaire de validation. En effet, les questions évaluaient pour chacun des modules de formation l'applicabilité à la fonction d'AIC, la clarté, la structure logique de la formation, l'intégration des nouvelles connaissances dans sa pratique et la pertinence des différents outils ou stratégies pédagogiques au renforcement des compétences. La majorité de ces aspects ont également été nommés par Rivard et Lauzier (2024) comme étant des motifs pouvant justifier l'évaluation d'une formation. Ainsi, aux termes des deux tours de validation, 1 section sur 12 (IVC = 0,73) n'a pas atteint le taux de consensus établis à 0,80, et 9 questions sur 113 provenant des sections qui ont atteint le seuil minimal d'IVC.

En ce qui a trait aux données qualitatives, à l'analyse des riches commentaires obtenus des experts, la formation a pu être grandement améliorée et précisée. De plus, l'analyse de ces commentaires a permis de faire émerger sept recommandations à respecter lors de l'élaboration d'une formation, dont trois d'entre elles sont en cohérence avec ce que nomment Rivard et Lauzier (2024). D'abord, ces auteurs relatent l'importance d'intégrer des exemples afin d'éclairer le contenu, ce qui a également émergé de notre étude. Ensuite, ils ajoutent que les diapositives de formation doivent être aérées en

utilisant de courtes phrases, tout comme les experts qui ont aussi précisé de rendre ces dernières plus épurées. Finalement, ils relatent que différentes stratégies pédagogiques telles que des exercices pratiques doivent être présentes dans une formation pour permettre l'application en pratique des apprentissages effectués lors de la formation. Ceci est ainsi en cohérence avec le fait de modifier certaines stratégies pédagogiques afin qu'elles soient pertinentes, claires et applicables. Tchouaket Nguemeleu et al. (2020) stipulent que l'utilisation d'une méthode Delphi peut permettre le développement de solutions et de nouvelles avenues. En ce sens, ces sept recommandations sont en quelque sorte des assises dans l'élaboration d'une formation continue pour des professionnels de la santé, tels que l'AIC. Finalement, les outils complémentaires à la formation (horaire de la formation, guide du formateur, guide du participant et journal de bord) sont cohérents avec ce que propose Magnin (2024) qui stipule que ces derniers devraient accompagner la formation élaborée.

Fiabilité

Un test non paramétrique de type Mann-Whitney a été réalisé afin de déterminer si une variance dans la compréhension de la formation par les deux groupes d'experts était présente ou non. Dans cette étude, un désaccord entre les deux groupes d'experts était présent pour trois sections du questionnaire au terme du deuxième tour de validation ($p = 0,004$, $p = 0,036$ et $p = 0,015$). Il importe qu'une variance soit faible ou absente afin que, peu importe la personne présente, la formation soit comprise sensiblement de la même façon. Ceci permet d'assurer une clarté et une précision de l'information transmise

afin que la compréhension entre les participants soit uniforme, minimisant ainsi les ambiguïtés. En effet, ceci est cohérent avec la théorie de la charge cognitive où l'apprentissage optimal s'appuie sur l'interaction entre trois charges cognitives (Rivard & Lauzier, 2024; Sweller et al., 1998), soit : 1. la charge intrinsèque liée au niveau de complexité du contenu et la façon dont ce dernier est présenté aux AIC; 2. la charge extrinsèque qui représente tous les éléments qui nuisent à une bonne compréhension des informations présentées, dont la transmission d'informations mal structurée ou mal organisée; et 3. la charge pertinente liée aux ressources mentales que mobilise l'AIC lors de ses apprentissages. Ainsi, du contenu complexe et transmis de façon désorganisée pourra être perçu différemment chez les AIC qui ont des ressources mentales individuelles pour l'apprentissage. Ceci justifie ainsi la nécessité d'avoir une faible variance.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude au Québec qui permet d'établir un taux de consensus et de fiabilité pour pratiquement l'intégralité d'une formation destinée à l'AIC.

Limites et forces

Au niveau des limites de l'étude, les outils complémentaires à la formation n'ont pas fait l'objet de validation scientifique. Finalement, cette formation en français se limite à la réalité du Québec qui peut être différente dans d'autres pays ou contextes de soins. Par le fait même, cette formation pourra être généralisable dans les différents établissements de soins de santé, mais une adaptation au contexte et à la langue de chacun

des pays sera nécessaire. En ce qui concerne les forces, cette étude est innovante puisqu'elle a utilisé une méthode Delphi pour valider, par des experts, une formation en soutien à l'AIC élaborée à partir des données probantes. Cette formation validée se démarque de celles existantes, car elle : aborde les cinq compétences requises à la fonction d'AIC proposées par Plourde (2012); prend en compte des stratégies de mobilisation des connaissances, telles que des stratégies pédagogiques favorisant le transfert des apprentissages en pratique; et tient compte de la structure organisationnelle des établissements de soins de santé afin qu'elle soit applicable et dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. Cette formation est accompagnée de plusieurs outils complémentaires et nécessaires pour sa dispensation. Puis, l'utilisation de données à la fois quantitatives et qualitatives pour évaluer la validité de contenu renforce la crédibilité de cette étude. Aussi, nous avons suivi les recommandations du CREDES (Jünger et al., 2017) et de Spranger et al. (2022), nous ayant permis de planifier et mener avec rigueur notre étude, afin d'obtenir des conclusions valides et fiables.

Retombées de l'étude

Cette étude permettra l'accès à une formation validée destinée à l'AIC ainsi qu'à des outils complémentaires facilitant une meilleure organisation chez le formateur. Au niveau de la gestion, la disponibilité de ces outils auprès des établissements de soins de santé sera facilitante pour la dispensation de cette formation. Au niveau clinique, cette formation permettra aux AIC d'être mieux informées sur leur fonction et de maîtriser davantage les compétences associées. Finalement, au niveau de la recherche, en cohérence

avec le processus suivi de développement et de validation d'une formation, cette dernière a été élaborée à partir des données probantes et validée par des experts, ce qui en fait une formation validée empiriquement. Aussi, deux projets de recherche futurs sont envisagés : 1) évaluer cette formation auprès d'AIC par l'intermédiaire d'une mise à l'essai et identifier les facteurs facilitants et contraignants son implantation de manière systématique dans les établissements de soins de santé au Québec par l'intermédiaire d'une discussion dirigée; et 2) valider les outils complémentaires à cette formation modifiés dans le cadre de cette présente étude.

5.2.1.7 Conclusion

La formation élaborée en soutien au renforcement des cinq compétences requises à l'exercice optimal de la fonction d'AIC a été validée empiriquement. Ainsi, cette formation élaborée à partir de données probantes (revue la portée), validée par des experts (méthode Delphi) et éventuellement qui sera mise en œuvre, permettra de soutenir l'AIC afin qu'elle : exerce un fort leadership; communique de façon exemplaire; fasse preuve de *caring* auprès des usagers et de ses collègues; résout adéquatement différents problèmes; et connaisse bien les documents d'encadrement applicables à son secteur de soins. Par le fait même, ce renforcement de compétences aura inévitablement des impacts positifs notamment sur la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers, le taux de roulement du personnel infirmier, le climat de travail et la fluidité du travail dans le secteur de soins.

5.2.1.8 Références

Andronico, J., Getting, C., Hughes, C. H., & Ciccolini, K. (2019). Developing and Standardizing an Orientation for Outpatient Charge Nurses. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 50*(11), 517-521. https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-08

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology*, *41*(1), 63-105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Costa, T. F. O., Moreno Poyato, A. R., Sampaio, F. M. C., Lluch Canut, M. T., & Sequeira, C. A. d. C. (2023). Nurses' promotion of Mental Health First Aid Training Programmes for upper secondary students: a modified Delphi approach. *BMC nursing, 22*(1), 91. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01255-3

Fédération de la santé et des services sociaux - CSN. (2023). *Foire aux questions sur la grève*. https://fsss.qc.ca/foire-aux-questions-greve/#:~:text=Les%20130%20000%20membres%20de,pour%20faire%20d

Ford, J. K. (2021). *Learning in organizations: An evidence-based approach*. Routledge.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière éducation.

Ghahari, S., Burnett, S., & Alexander, L. (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC Health Services Research, 20*(1), 321. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05180-y

Girard-Bossé, A. (2023). Grève dans le réseau de la santé « On est tous prêts pour un long combat ». *La Presse*. https://lp.ca/s2h0eD?sharing=true

Gray, J., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9e ed.). Elsevier.

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., & Robins, S. (2024). *Supporting charge nurses through training: A narrative review* [Manuscrit soumis pour publication].

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., Robins, S., El-Mousawi, F., Bélanger, E., Kruglova, K., Sia, D., & Beogo, I. (2025). Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée

[Manuscrit accepté pour publication]. *Avancées en formation infirmière/ Quality Advancement in Nursing Education*.

Jubinville, M., Tchouaket, E. N., & Longpré, C. (2023). Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ open, 13*(2), e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307

Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative medicine, 31*(8), 684-706. https://doi.org/10.1177/0269216317690685

Keter, D., Griswold, D., Learman, K., & Cook, C. (2023). Priorities in updating training paradigms in orthopedic manual therapy: an international Delphi study. *Journal of Education Evaluation for Health Professions, 20*, 4. https://doi.org/10.3352/jeehp.2023.20.4

Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en œuvre la compétence, comment investir dans le professionalisme et les compétences*. Eyrolles.

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmières-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Magnin, E. (2024). *Concevoir une formation Neuroscience, pédagogie et numérique : pour assurer en animant* (4e ed.). GERESO.

Millard, A. J., Kester, K. M., Parker, P., Pena, H., Thompson, J., & Granger, B. B. (2024). Improving Nurse Manager Decision-Making and Healthy Work Environment Through Use of a Standardized Process for Charge Nurse Selection. *Nurse Leader*. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.05.005

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au cœur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Rivard, P., & Lauzier, M. (2024). *La gestion de la formation et du développement des ressources humaines : pour préserver et accroître le capital compétence de l'organisation* (3e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Rousselot, N., Tombrey, T., Zongo, D., Mouillet, E., Joseph, J.-P., Gay, B., & Salmi, L. R. (2018). Development and pilot testing of a tool to assess evidence-based

practice skills among French general practitioners. *BMC medical education, 18*(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1368-y

Spranger, J., Homberg, A., Sonnberger, M., & Niederberger, M. (2022). Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 172*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.025

Sweller, J., van Merrienboer, J. J. G., & Paas, F. G. W. C. (1998). Cognitive Architecture and Instructional Design. *Educational Psychology Review, 10*(3), 251-296.

Tchouaket Nguemeleu, E., Boivin, S., Robins, S., Sia, D., Kilpatrick, K., Brousseau, S., Dubreuil, B., Larouche, C., & Parisien, N. (2020). Development and validation of a time and motion guide to assess the costs of prevention and control interventions for nosocomial infections: A Delphi method among experts. *PloS one, 15*(11), e0242212. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242212

Turoff, M. (2002). The Policy Delphi. *Technological Forecasting, 2*, 80-96. https://www.researchgate.net/publication/265086472_The_Policy_Delphi

Wolf, L., Delao, A., Simon, C., Clark, P., & Burchill, C. N. (2024). Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for united states emergency care settings. *Journal of emergency nursing, 50*(4), 523-536. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009

Yaghobian, M., Navipour, H., & Vanaki, Z. (2020). Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 70*(7), 1225-1231. https://doi.org/10.5455/jpma.38686

5.2.1.9 Matériel supplémentaire 1

Validité de contenu – Premier tour de validation

Section du questionnaire – module de formation (nombre de questions)	**Nombre de questions par IVC**												**IVC égal ou supérieur à 0,80**		**IVC global section**	
	1,00		**0,99 – 0,90**		**0,89 – 0,80**		**0,79 – 0,70**		**0,69 – 0,60**		**0,59 – 0,50**					
	3-4	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**
1- Préformation (2)			2					1		1			2 (100%)	0 (0%)	0,97	0,71
2- Introduction (4)			4	1		1		2					4 (100%)	2 (50%)	0,95	0,83
3- Module 1 (6)	2		4	2		2		1		1			6 (100%)	4 (66,67%)	0,96	0,83
4- Module 2 (19)	3		12	3	4	4		8		3		1	19 (100%)	7 (36,84%)	0,93	0,77
5- Module 3 (18)	7	1	11	6		9		2					18 (100%)	16 (88,89%)	0,97	0,88
6- Module 4 (16)	2		13	6		2	1	7		1			15 (93,75%)	8 (50%)	0,95	0,84
7- Module 5 (22)	1		17	3	4	8		9		2			22 (100%)	11 (50%)	0,94	0,80
8- Module 6 (13)	2		10	3	1	4		4		2			13 (100%)	7 (53,85%)	0,96	0,80
9- Conclusion (7)			7	1		5		1					7 (100%)	6 (85,71%)	0,94	0,84
10- Postformation (1)			1					1					1 (100%)	0 (0%)	0,91	0,78
11- Évaluation générale (5)	1		4					4		1			5 (100%)	0 (0%)	0,95	0,72

Fiabilité – Premier tour de validation

Section du questionnaire – module de formation	IVC global section		IVC expert AIC		IVC expert non AIC		Mann-Whitney				IVC global questionnaire	
							Valeur	P-value	Valeur	P-value		
	3-4	4	3-4	4	3-4	4	3-4		4		3-4	4
1- Préformation	0,97	0,71	1,00	0,78	0,95	0,66	505,000	0,770	451,500	0,299		
2- Introduction	0,95	0,83	0,96	0,88	0,95	0,79	2092,000	0,646	1946,000	0,202		
3- Module 1	0,96	0,83	1,00	0,93	0,93	0,75	4284,000	0,012	3816,000	0,001		
4- Module 2	0,93	0,77	0,97	0,84	0,90	0,72	42669,500	<0,001	40503,500	<0,001		
5- Module 3	0,97	0,88	1,00	0,95	0,95	0,83	37827,500	0,002	34771,000	<0,001		
6- Module 4	0,95	0,84	0,98	0,89	0,92	0,80	30296,000	0,003	29280,000	0,006	0,95	0,81
7- Module 5	0,94	0,80	0,95	0,84	0,92	0,78	60732,500	0,078	58475,500	0,022		
8- Module 6	0,96	0,80	0,97	0,86	0,95	0,75	21608,500	0,198	19714,500	0,005		
9- Conclusion	0,94	0,84	0,95	0,88	0,93	0,81	6202,500	0,562	5870,000	0,150		
10- Postformation	0,91	0,78	0,93	0,86	0,89	0,72	121,000	0,707	109,000	0,367		
11- Évaluation générale	0,95	0,72	0,97	0,75	0,94	0,70	3130,000	0,310	3076,000	0,469		

Validité de contenu – Deuxième tour de validation

Section du questionnaire – module de formation (nombre de questions)	**Nombre de questions par IVC**										**IVC supérieur ou égal à 0,80**		**IVC global section**	
	1,00		**0,99 – 0,90**		**0,89 – 0,80**		**0,79 – 0,70**		**0,69 – 0,60**					
	3-4	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**	**3-4**	**4**
1- Préformation (2)			2	2							2 (100%)	2 (100%)	0,95	0,93
2- Introduction (3)	3			3							3 (100%)	3 (100%)	1,00	0,94
3- Module 1 (7)	6		1	4		3					7 (100%)	7 (100%)	0,99	0,88
4- Module 2 (20)	17		3	7		11		2			20 (100%)	18 (90%)	0,99	0,85
5- Module 3 (17)	15		2	9		6		2			17 (100%)	15 (88,24%)	0,99	0,88
6- Module 4 (16)	16			12		4					16 (100%)	16 (100%)	1,00	0,91
7- Retour jour 1 (3)	2		1					3			3 (100%)	0 (0%)	0,98	0,73
8- Module 5 (24)	22	2	2	14		8					24 (100%)	24 (100%)	1,00	0,91
9- Module 6 (11)	9	1	2	5		3		2			11 (100%)	9 (81,82%)	0,99	0,88
10- Conclusion (7)	6		1	1		5		1			7 (100%)	6 (85,71%)	0,99	0,84
11- Postformation (1)			1	1							1 (100%)	1 (100%)	0,95	0,90
12- Évaluation générale (5)	2		3	1		2		1		1	5 (100%)	3 (60%)	0,97	0,81

Fiabilité – Deuxième tour de validation

Section du questionnaire – module de formation	IVC global section		IVC experts AIC		IVC experts non AIC		Mann Whitney				IVC global questionnaire	
							Valeur	P-value	Valeur	P-value		
	3-4	4	3-4	4	3-4	4	3-4		4		3-4	4
1- Préformation	0,95	0,93	1,00	1,00	0,93	0,89	182,000	0,311	175,000	0,209	0,99	0,88
2- Introduction	1,00	0,94	1,00	0,81	1,00	1,00	441,000	1,000	357,000	0,004		
3- Module 1	0,99	0,88	1,00	0,90	0,99	0,87	2303,000	0,473	2271,000	0,670		
4- Module 2	0,99	0,85	1,00	0,88	0,99	0,84	18836,000	0,226	18360,000	0,338		
5- Module 3	0,99	0,88	1,00	0,92	0,99	0,86	13923,000	0,315	13258,500	0,129		
6- Module 4	1,00	0,91	1,00	0,93	1,00	0,90	12544,000	1,000	12208,000	0,418		
7- Retour jour 1	0,98	0,73	1,00	0,71	0,98	0,73	420,000	0,474	423,000	0,885		
8- Module 5	1,00	0,91	1,00	0,95	0,99	0,89	27048,000	0,308	25650,000	0,036		
9- Module 6	0,99	0,88	1,00	0,88	0,99	0,88	5505,500	0,302	5542,000	0,875		
10- Conclusion	0,99	0,84	1,00	0,90	0,99	0,82	2376,500	0,480	2205,000	0,201		
11- Postformation	0,95	0,90	1,00	1,00	0,92	0,85	42,000	0,463	38,500	0,286		
12- Évaluation générale	0,97	0,81	1,00	0,94	0,96	0,74	1122,000	0,219	936,000	0,015		

5.2.2 Résultats complémentaires

Voici des résultats complémentaires à ceux présentés dans l'article scientifique. Ils consistent à présenter plus amplement la formation, soit sa durée, ses objectifs, son contenu et ses stratégies pédagogiques. La version finale de la formation en soutien à l'AIC d'une durée de 10 h 15 comprend neuf modules. Les objectifs poursuivis par la formation sont les suivants :

1. Résoudre des mises en situation liées aux compétences à maîtriser en tant qu'AIC.
2. Apprécier l'exercice de sa fonction d'AIC et noter les changements à apporter à cette dernière.
3. Adapter l'exercice de sa fonction d'AIC selon les nouvelles connaissances acquises.
4. Renforcer les compétences requises à l'exercice de sa fonction d'AIC.

Le Tableau 17 présente un résumé de la durée, du nombre de diapositives, du contenu et du nombre de stratégies pédagogiques abordés par module. En plus, deux activités brise-glace, non comptabilisées comme étant des stratégies pédagogiques, sont incluses en introduction à la formation. La première vise à déterminer la composition des sous-groupes et la deuxième à mieux connaître chacun des apprenants.

Tableau 17. Résumé de la formation

Module de formation	Durée (minute)	Nombre de diapositives	Contenu abordé	Nombre de stratégies pédagogiques incluses
Introduction	45	7	• Objectifs de la formation • Terminologie utilisée	2
Module 1 – Fonction d'assistante infirmière-chef	55	13	• Définition de l'AIC • Quatre éléments clés à la fonction d'AIC • Relation avec son gestionnaire et les conseillères • Rôles et responsabilités • Compétences nécessaires • Sous-compétences • Qualités requises	3
Module 2 – Leadership	95	25	• Définition du leadership • Caractéristiques d'un leader • Quatre types de leadership • Sous-compétences du leadership • Impacts positifs du leadership • Quatre stratégies pour faire preuve de leadership • Une équipe • Éléments à considérer pour une collaboration d'équipe efficace • Stades de développement d'une équipe	7

Module de formation	Durée (minute)	Nombre de diapositives	Contenu abordé	Nombre de stratégies pédagogiques incluses
			• Partage du pouvoir et de l'autonomie d'une équipe • Astuces pour faire progresser notre équipe	
Module 3 – Communication interpersonnelle	110	27	• Définition de la communication • Complexité de la communication • Sous-compétences de la communication interpersonnelle • Impacts positifs d'une communication interpersonnelle • Barrières à la communication • Astuces d'une communication efficace • Huit modes privilégiés de communication • Éléments à considérer lorsque nous transmettons un rapport interquart entre AIC • Structure de communication – IDÉA (SBAR)	8
Module 4 – *Caring* clinico-administratif	85	21	• Définition du *caring* clinico-administratif • Modèle humanisme des soins infirmiers – UdeM • Sous-compétences du *caring* clinico-administratif	6

Module de formation	Durée (minute)	Nombre de diapositives	Contenu abordé	Nombre de stratégies pédagogiques incluses
			• Impacts positifs du *caring* clinico-administratif • Cinq processus de *caring* clinico-administratif • Accompagnement d'un nouveau membre de l'équipe • Rétroaction constructive	
Retour sur les notions vues au jour 1	20	2	• Retour sur les notions vues au jour 1	1
Module 5 – Capacité de résolution de problèmes	130	33	• Définition de la résolution de problèmes • Sous-compétences de la capacité de résolution de problèmes • Impacts positifs d'une résolution de problèmes • Modèle RRIEVE pour résoudre un problème • Astuces pour prendre des décisions appropriées • Gestion de conflit • Matrice de priorisation • Délégation	11

Module de formation	Durée (minute)	Nombre de diapositives	Contenu abordé	Nombre de stratégies pédagogiques incluses
Module 6 – Connaissance et compréhension de l'environnement de travail	25	13	• Définition de la connaissance et compréhension de l'environnement de travail • Sous-compétence de la connaissance et compréhension de l'environnement de travail • Impacts positifs d'une connaissance et compréhension de l'environnement de travail • Éléments à garder en tête	3
Conclusion	50	6	• Rappel des compétences et sous-compétences • Rappel du contenu abordé	3

La formation intègre des méthodes d'apprentissage qui guident l'élaboration et l'enseignement (Rivard & Lauzier, 2024). Quatre méthodes d'apprentissage, avec une progression de l'implication des participants, sont utilisées dans cette formation (Rivard & Lauzier, 2024) : Les méthodes expositives permettent la diffusion de savoirs par le formateur qui détient les connaissances et est responsable de leur transmission aux apprenants. Les méthodes démonstratives permettent l'enseignement de savoir-faire par

le formateur qui détient également les connaissances à transmettre. Les méthodes interrogatives favorisent l'utilisation de questions et de réflexions par lesquelles le formateur cherche à amener les apprenants à se questionner sur leur pratique, à découvrir les concepts qui seront abordés durant la formation, ou encore à mettre en pratique les apprentissages effectués. Finalement, les méthodes actives facilitent l'apprentissage en guidant l'apprenant dans des situations concrètes lui permettant de mettre en relation ses expériences et les nouvelles connaissances.

Chacune des méthodes d'apprentissage inclut différentes stratégies pédagogiques (Rivard & Lauzier, 2024) qui permettent également de rejoindre plusieurs types d'apprenants. Voici celles utilisées dans cette formation.

Méthodes d'apprentissage expositives : Comme stratégie pédagogique, la présentation magistrale est utilisée tout au long de la formation pour transmettre des connaissances théoriques aux AIC de manière directe avec l'utilisation d'un support pédagogique, soit une présentation *PowerPoint*. Ensuite, la vidéo permet également de transmettre des connaissances davantage théoriques, en utilisant un support pédagogique différent. De courtes vidéos disponibles sur la plateforme *YouTube* sont intégrées à la formation, telles qu'une portant sur les types de leaders.

Les méthodes démonstratives : Comme stratégie pédagogique, la démonstration est incluse à la formation. Elle permet d'illustrer l'application de concepts liés au savoir-faire

expliqués à l'aide de contenus théoriques, comme la résolution de problèmes à l'aide du modèle RRIEVE. Les lettres du RRIEVE sont expliquées aux participants, suivi d'un exemple illustrant leur applicabilité.

Les méthodes interrogatives : Comme stratégie pédagogique, la réflexion personnelle de l'AIC sur sa pratique par l'intermédiaire d'une question est intégrée à la formation. Une réflexion personnelle a porté notamment sur les qualités requises à l'exercice de la fonction d'AIC qui demandent une amélioration chez l'apprenant. Aussi, la discussion en sous-groupe ou en grand groupe à partir d'une question incluse à la formation permet aux apprenants de partager leurs expériences ou discuter d'une situation ciblée et ainsi favoriser leur apprentissage et celui de leurs collègues. À titre d'exemple, une discussion portant sur la définition de la connaissance et compréhension de l'environnement de travail est incluse à la formation. Finalement, l'étude de cas à réaliser après avoir abordé le contenu théorique est intégrée à la formation. Elle permet aux apprenants de procéder à l'analyse d'une situation, de se questionner et de la résoudre en appliquant les connaissances apprises. Par exemple, une étude de cas portant sur l'identification de barrières à la communication est intégrée à la formation.

Les méthodes actives : Comme stratégie pédagogique, l'activité structurée est utilisée dans le cadre de cette formation. Cette stratégie qui peut être à la fois ludique et déstabilisante, permet à l'apprenant de prendre conscience de certains concepts et ensuite les appliquer à sa pratique. À la suite de l'activité, des liens entre l'expérience vécue durant

cette activité et le contenu théorique sont faits par le formateur. À titre d'exemple, une activité porte sur l'élaboration d'un plan de développement professionnel en fonction des apprentissages effectués au cours de la formation. Finalement, le jeu de rôle est intégré à la formation, permettant aux apprenants de mettre en pratique ce qui a été appris et d'être actifs dans leurs apprentissages. Par exemple, un jeu de rôle lié à la rétroaction est présent dans la formation.

Ainsi, les méthodes d'apprentissage sont plus globales, alors que les stratégies pédagogiques sont plus spécifiques. Le Tableau 18 présente le détail des méthodes d'apprentissage et des stratégies pédagogiques utilisées dans la formation.

Tableau 18. Méthodes d'apprentissage et stratégies pédagogiques

Module de formation	**Méthodes d'apprentissages :**	**Exp**	**Dém**		**Int**		**Act**			**Total**
	Stratégies pédagogiques :	**PM**	**V**	**D**	**Réf**	**Disc**	**ÉC**	**AS**	**JR**	
Introduction		En continu dans tous les modules de formation				2				**2**
Module 1 – Fonction d'assistante infirmière-chef					1	1	1			**3**
Module 2 – Leadership			1		2	3	1			**7**
Module 3 – Communication interpersonnelle				1	2	2	2	1		**8**
Module 4 – *Caring* clinico-administratif			1		1	2	1		1	**6**
Retour sur les notions jour 1					1					**1**
Module 5 – Capacité de résolution de problèmes			1	2	1	2	2	1	2	**11**
Module 6 – Connaissance et compréhension de l'environnement de travail					1	2				**3**
Conclusion						2		1		**3**
Total :			**3**	**3**	**9**	**16**	**7**	**3**	**3**	

Légende :

Exp : Expositives
Dém : Démonstratives
Int : Interrogatives
Act : Actives

PM : Présentation magistrale
V : Vidéo
D : Démonstration
Réf : Réflexion personnelle sur sa pratique
Disc : Discussion en sous-groupe ou en grand groupe
ÉC : Étude de cas
AS : Activité structurée
JR : Jeu de rôle

Cette formation a été élaborée en s'assurant qu'elle puisse être adaptée à l'AIC qui exerce dans l'ensemble des secteurs de soins et dans toutes les régions administratives du Québec. Le contenu de formation est général et des exemples d'application du contenu contextualisé à différents secteurs de soins sont proposés tout au long de la formation. De plus, des exemples d'application ainsi que des images incluses aux diapositives de

formation représentant une variété dans le genre, l'âge et la culture ont été intégrés. Finalement, un langage inclusif, impartial et non genré a été utilisé dans la formation. L'ensemble de ces éléments font en sorte que la structure de cette formation respecte les principes d'ÉDI.

5.3 Approche méthodologique – Participative (mise en œuvre)

5.3.1 Article 4. La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative

Titre de l'article : La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative

Auteurs : Maripier Jubinville, Éric Tchouaket Nguemeleu et Caroline Longpré

Contribution des auteurs :

Maripier Jubinville, étudiante-chercheure, est l'auteure principale de cet article. Elle a : procédé à la conception de l'étude; sélectionné le milieu d'étude et procédé aux communications avec la personne ressource de ce dernier; communiqué avec les participants; dispensé la formation aux participants; animé la discussion dirigée; élaboré le questionnaire d'évaluation de la formation; révisé le questionnaire d'évaluation de la formation; élaboré la grille de questions ayant servi à la discussion dirigée; révisé la grille de questions ayant servi à la discussion dirigée; analysé et interprété les données; rédigé l'article; procédé à la révision critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soumis l'article.

Caroline Longpré et Éric Tchouaket Nguemeleu ont : révisé le questionnaire d'évaluation de la formation; révisé la grille de questions ayant servi à la discussion dirigée; soutenu l'étudiante-chercheure dans l'analyse et l'interprétation des données; procédé à la révision

critique de l'article; procédé à la révision linguistique de l'article; et soutenu l'étudiante-chercheure.

Nom de la revue : Recherche en soins infirmiers

Date de soumission : 15 septembre 2024 (appendice M)

Statut de l'article : Soumis

La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative

5.3.1.1 Résumé

Introduction : L'assistante infirmière-chef (AIC) qui exerce nouvellement sa fonction nécessite de bénéficier d'une formation afin de la soutenir dans le renforcement de ses compétences. **Contexte :** Les formations actuelles présentent diverses lacunes, ce qui a mené à l'élaboration et à la validation d'une formation qui nécessite d'être mise en œuvre. **Objectif :** Évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent son implantation dans les établissements de soins de santé. **Méthode :** Une méthode mixte de recherche avec une approche participative a permis d'effectuer les premières étapes de mise en œuvre par l'intermédiaire d'une mise à l'essai de la formation et d'une discussion dirigée. **Résultats :** La formation dispensée à 23 AIC a obtenu des moyennes indiquant une perception positive à l'égard de la pertinence de la formation et l'identification de 59 facteurs influençant son implantation. **Discussion :** Les étapes subséquentes de la mise en œuvre pourront s'effectuer et des facteurs complémentaires qui influencent l'implantation de cette formation pourront être identifiés avec des dirigeants des établissements de soins de santé. **Conclusion :** La pertinence démontrée de la formation et l'identification de facteurs influençant son implantation offrent aux dirigeants une méthode pertinente de formation à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction.

Mots-clés : assistante infirmière-chef, formation, mise en œuvre, mise à l'essai, discussion dirigée

5.3.1.2 Abstract

Introduction: Newly appointed charge nurse (Cn) requires supportive training to help enhance their skillset. **Context**: Existing Cn training programs have notable shortcomings, prompting the development and validation of a new training, which is now ready for implementation. **Objective**: To assess the relevance of the training and identify factors that influence its implementation in healthcare institutions. **Method**: A mixed-methods research approach with a participative element was used. The initial steps of implementation included pilot testing the training followed by guided discussions. **Results**: The training was delivered to 23 Cns. Average scores indicated a generally positive perception of the program's relevance, and 59 factors were identified that could influence its implementation. **Discussion**: The next stages of the implementation can be undertaken. Additional factors influencing the program's implementation may be identified in collaboration with managers from healthcare institutions. **Conclusion**: The demonstrated relevance of the training and the identification of factors influencing its implementation offer healthcare managers a valid method for training newly appointed Cns.

Keywords: charge nurse, training, implementation science, pilot test, guided discussion

5.3.1.3 Introduction

Dans les établissements de soins de santé, les gestionnaires et les membres de l'équipe d'un secteur de soins bénéficient du soutien d'une assistante infirmière-chef (AIC) qui détient une fonction de gestion clinico-administrative (Jubinville et al., 2023). En effet, l'AIC endosse des rôles et responsabilités d'une part de nature clinique, tels que le soutien aux membres de son équipe en tant que personne-ressource et experte clinique, et d'autre part, de nature administrative, telle que la répartition équitable de la charge de travail parmi les membres de l'équipe (Plourde, 2012). Cet amalgame de rôles et responsabilités tant cliniques qu'administratifs la caractérise et la différencie tant des infirmières œuvrant exclusivement aux soins directs auprès des usagers, que des gestionnaires endossant principalement des rôles et responsabilités administratifs. L'AIC est considérée comme une ressource pivot qui impacte significativement son environnement de travail, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la satisfaction des usagers (Holmgren et al., 2022; Kramer & Davies, 2021; Spiva et al., 2020). Toutefois, il est observé dans la pratique clinique et la littérature que l'AIC présente une maîtrise déficitaire des compétences requises à l'exercice optimal de sa fonction (Admi & Eilon-Moshe, 2016) et que l'acquisition de ces dernières représente pour elle un défi majeur (Lessard, 2018). Plourde (2012) identifie cinq compétences requises à l'exercice de la fonction d'AIC, soit : le leadership; la communication interpersonnelle; le *caring* clinico-administratif; la capacité de résolution de problèmes; et la connaissance et compréhension de l'environnement de travail. Le fait que ces compétences soient peu abordées dans la formation académique de l'infirmière justifie la nécessité de soutenir et former l'AIC qui

exerce nouvellement sa fonction dans les établissements de soins de santé. En effet, sans formation spécifique, un écart persiste entre les attentes liées à sa fonction et sa capacité d'y répondre (Spiva et al., 2020). À ces égards, il est démontré que l'AIC ne reçoit que peu de soutien en termes de formation lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction (Morris, 2019). Une revue narrative des écrits (Jubinville, Longpré, et al., 2024) menée par notre équipe de recherche a démontré que les formations disponibles recensées présentent différentes lacunes. En effet, elles : n'abordent pas systématiquement les cinq compétences identifiées par Plourde (2012) ou présentent un contenu de formation associé à ces dernières peu développé; n'utilisent pas des principes favorisant le transfert des apprentissages dans la pratique, à l'exception de stratégies pédagogiques; ne sont pas données systématiquement à l'AIC lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction; ou la durée de formation ou encore le mode de dispensation ne favorisent pas l'applicabilité de la formation dans les établissements de soins de santé. De plus, elles ne semblent pas avoir été développées et validées en suivant un processus scientifique.

Processus scientifique de développement et de validation d'une formation

En réponse à ce constat et ayant comme objectif de renforcer les compétences de l'AIC afin qu'elle exerce optimalement sa fonction, nous suivons un processus scientifique de développement et de validation d'une formation inspiré des étapes suggérées par Ghahari et al. (2020) ainsi que Rousselot et al. (2018). Ces étapes consistent à identifier le contenu de formation et à en faire une élaboration; à la valider empiriquement; et à la mettre en œuvre.

Premièrement, nous avons identifié le contenu de la formation grâce à une revue de la portée (Jubinville et al., 2025). Suivant ces travaux, nous avons élaboré une formation portant sur la fonction générale d'AIC et chacune de ses cinq compétences en y intégrant des principes facilitants le transfert des apprentissages en pratique. Selon le modèle de Baldwin et Ford (1988), le transfert des apprentissages se réfère à l'utilisation, par un professionnel dans son travail, des attitudes, connaissances et compétences acquises lors de sa formation. Il implique de prendre en compte trois principes, soit : les caractéristiques des apprenants (capacité, personnalité et motivation); l'élaboration de la formation (utilisation de stratégies pédagogiques telles que des études de cas et des jeux de rôle, séquencement et contenu de formation); et l'environnement de travail (soutien obtenu du gestionnaire et des collègues et opportunités d'application des nouvelles connaissances et compétences acquises). Enfin, cette formation vise également à tenir compte de la structure organisationnelle des établissements de soins de santé, afin de s'assurer qu'elle puisse être applicable et dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction.

Deuxièmement, nous avons validé empiriquement la formation à l'aide d'une méthode Delphi, impliquant des experts AIC et non AIC qui a consisté à collecter et analyser des données quantitatives (validité de contenu et fiabilité) et qualitatives (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b). À la suite de deux tours de consultation, 11 sections sur 12 du questionnaire d'évaluation ont obtenu un indice de validité de contenu (IVC) visé égal ou supérieur à 0,80 ainsi que 104 questions sur 113 intégrées aux

sections ayant atteint le seuil visé d'IVC. Cela signifie qu'un fort taux de consensus entre les experts était présent. Les commentaires qualitatifs émis par les experts ont permis de modifier les diapositives de formation des sections et questions qui n'ont pas atteint l'IVC visé. De plus, l'analyse des données qualitatives a permis de faire émerger sept recommandations à l'élaboration d'une formation. La fiabilité, a été présente avec un p-value supérieur à 0,05 pour 9 sections sur 12, signifiant une faible variance dans la compréhension de la formation entre les experts. En soutien à la formation, des outils complémentaires ont été élaborés, soit un horaire de formation, un guide du formateur ainsi qu'un guide du participant et un journal de bord.

Troisièmement, selon le processus scientifique de développement et de validation d'une formation, s'en suit la mise en œuvre (Graham et al., 2006). La première étape réalisée a permis de préciser le problème, soit le manque de disponibilité d'une formation complète développée et validée suivant un processus scientifique. Les deux étapes suivantes qui font l'objet de cette présente étude, consistent : A) à adapter les connaissances (la formation) au contexte local, réalisé par l'évaluation de la pertinence de la formation en regard des quatre niveaux d'évaluation d'une formation nommés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Ces niveaux sont : 1) « réaction », c'est-à-dire si les participants sont satisfaits de la formation et si cette dernière répond à leurs attentes; 2) « apprentissage », c'est-à-dire s'il y a des apprentissages qui ont été effectués en lien avec les connaissances et compétences abordées dans la formation; 3) « comportement », c'est-à-dire si les participants appliquent en pratique ce qu'ils ont appris en formation

(transfert des apprentissages) par le manifestement d'un changement de comportement; et 4) « résultats », c'est-à-dire si la formation permet l'atteinte des résultats visés sur l'individu, mais aussi sur son secteur de soins et l'établissement de soins de santé. Et B) à évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances, réalisé par l'identification des facteurs qui influencent l'implantation de cette formation. L'intérêt de cette étude est de poursuivre le processus scientifique de développement et de validation de la formation visant à soutenir le renforcement des compétences de l'AIC, en procédant à sa mise en œuvre.

5.3.1.4 Objectif général et objectifs spécifiques

L'objectif général de cette étude est d'évaluer la pertinence de la formation et d'identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé. Deux objectifs spécifiques sont présents soit : 1) Évaluer la pertinence de la formation en regard des quatre niveaux d'évaluation d'une formation (réaction, apprentissage, comportement et résultats), selon la perception de l'AIC; et 2) Identifier les facteurs qui facilitent et contraignent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé, selon la perception de l'AIC.

5.3.1.5 Cadre conceptuel

Cette étude s'inscrit dans la science de la mise en œuvre, aussi nommée en anglais *implementation science*. Elle est définie comme étant « l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres

pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé » (p.1) [traduction libre] (Eccles & Mittman, 2006). La science de la mise en œuvre regroupe une multitude de théories, modèles ou cadres (Nilsen, 2015), dont le *Knowledge-to-action* (KTA) (Graham et al., 2006), qui est un modèle de processus. Il décrit les différentes étapes nécessaires pour appliquer dans la pratique les données probantes (connaissances) disponibles (Nilsen, 2015). Ce modèle a été adapté (Figure 18), afin qu'il représente les types de connaissances et l'opérationnalisation des étapes menées dans le cadre de cette étude.

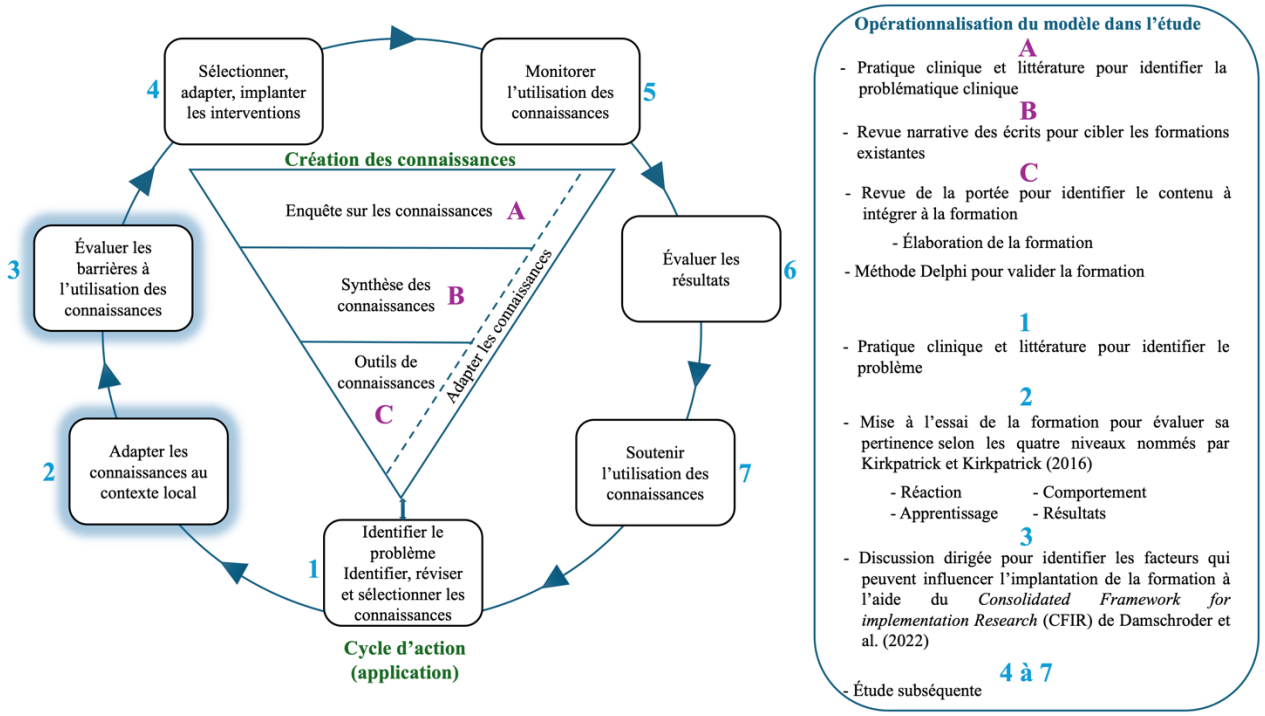


Figure 18. Cadre conceptuel Knowledge-to-action
(traduit et adapté de Graham et al. (2006))

Le KTA est un modèle dynamique et fluide composé de deux phases, soit la « création des connaissances » constituée des trois principaux types de connaissances et le « cycle d'action (application) » formé de sept étapes pour appliquer (implanter) les connaissances (Graham et al., 2006).

Première phase – création des connaissances

Cette première phase vise à créer de nouvelles connaissances, dans ce cas-ci la formation en soutien à l'AIC dans le renforcement de ses compétences. Elle consiste premièrement à effectuer une « enquête sur les connaissances », qui se définit comme étant les connaissances provenant de différentes sources, ayant une qualité variable et qui peuvent être facilement accessibles ou non (Graham et al., 2006). L'observation et les constats associés à la pratique clinique ainsi que la littérature ont permis d'identifier la maîtrise déficitaire des compétences par l'AIC et le besoin de soutien lorsqu'elle exerce nouvellement sa fonction.

Ensuite, il s'agit d'effectuer la « synthèse des connaissances », qui demande qu'il y ait l'application de méthodes standardisées et rigoureuses permettant une synthèse des connaissances existantes (Graham et al., 2006). Dans cette étude, nous avons mené une revue narrative des écrits (Jubinville, Longpré, et al., 2024) portant sur les formations disponibles en soutien à l'AIC. Nous avons constaté diverses lacunes leur étant attribuables, ce qui a conduit à la décision de développer de nouvelles connaissances se

traduisant par le développement et la validation d'une formation suivant un processus scientifique.

Finalement, la réalisation de « outils de connaissances » vise à présenter clairement et de façon concise les connaissances afin de répondre au besoin de la population (Graham et al., 2006). Dans le cadre de cette étude, une revue de la portée a permis de cibler le contenu à inclure à la formation (Jubinville et al., 2025). En fonction de ce dernier, la formation a été élaborée et a fait l'objet d'une validation par des experts à l'aide d'une méthode Delphi (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b). Ainsi, une formation claire et adaptée aux besoins des AIC a été créée.

Deuxième phase – cycle d'action (application)

Cette deuxième phase vise à mettre en application (implanter) les connaissances produites à la première phase. Les sept étapes la constituant s'influencent et peuvent être réalisées de façon séquentielle ou concomitante (Graham et al., 2006).

La première étape « identifier le problème, identifier, réviser et sélectionner les connaissances », consiste à repérer par un individu ou un groupe, un problème nécessitant une recherche pour trouver des connaissances disponibles et susceptibles de le résoudre (Graham et al., 2006). Cette étape a été réalisée simultanément avec la première phase (création des connaissances) du KTA. En effet, le manque de disponibilité d'une formation complète, développée et validée en suivant un processus scientifique a été

constaté dans la littérature ainsi que dans la pratique clinique, parallèlement à la création des connaissances.

La deuxième étape « adapter les connaissances au contexte local » consiste à adapter les connaissances existantes à son contexte et réalité propre afin qu'elles soient applicables et adaptées aux besoins (Graham et al., 2006). À cette étape, nous avons jugé pertinent d'utiliser une adaptation du modèle *The new World Kirkpatrick Model* de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) (Figure 19). En effet, ce modèle facilite l'évaluation systématique d'une formation en distinguant quatre niveaux distincts. Dans le cadre de cette étude, les facteurs suggérés par Baldwin et Ford (1988) à prendre en compte pour optimiser un transfert des apprentissages, soit les caractéristiques des apprenants, l'élaboration de la formation et l'environnement de travail, ont été inclus au troisième niveau (« comportement ») de ce modèle. Ainsi, l'utilisation du modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) permet d'évaluer la formation de manière complète et structurée. Il couvre les perceptions immédiates des participants, les connaissances et compétences acquises, les changements de comportement en milieu de travail envisagés, et l'impact final envisagé sur les résultats individuels de l'AIC, sur son secteur de soins et sur l'établissement de soins de santé. L'évaluation de la formation permettra ainsi de s'assurer que les connaissances sont bien adaptées aux besoins de l'AIC ainsi qu'au contexte, dans ce cas-ci québécois (Canada), puisque la mise en œuvre de cette formation s'est effectuée dans cette province.

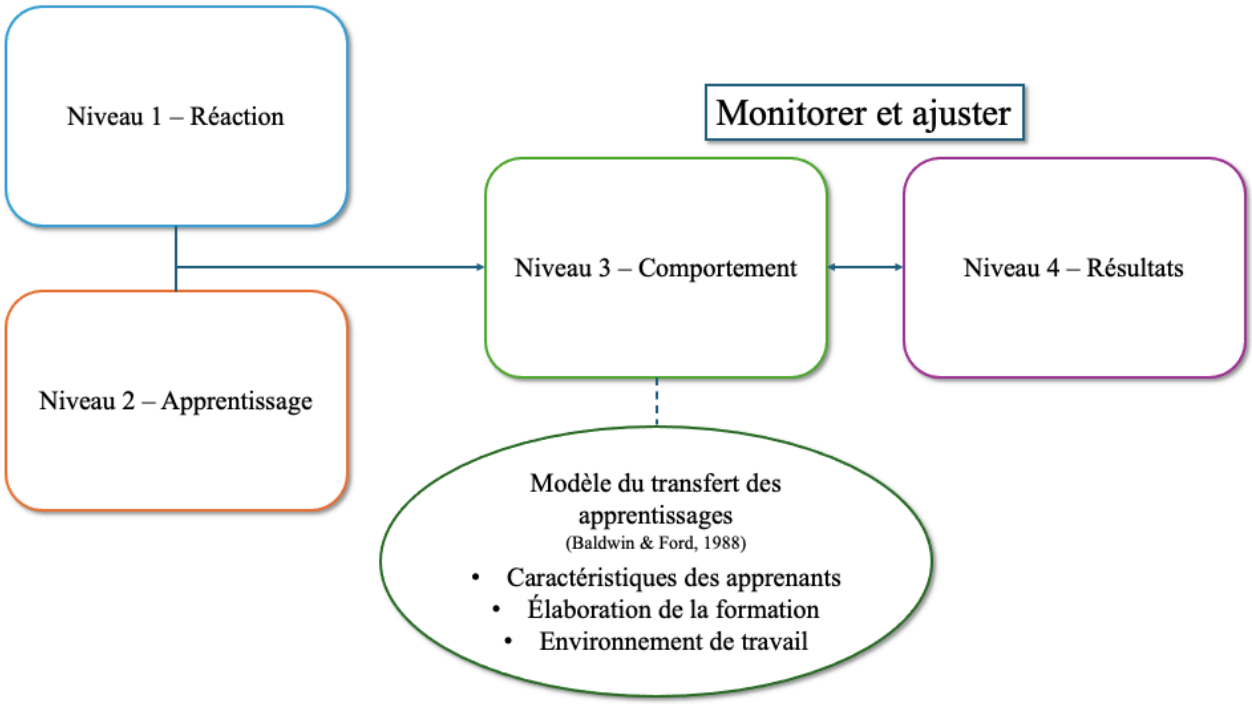


Figure 19. New World Kirkpatrick Model adapté
(traduit et adapté de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016))

La troisième étape « évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances » consiste à évaluer les obstacles potentiels qui peuvent entraver l'apprentissage des nouvelles connaissances afin de les contrôler (Graham et al., 2006). Ajouté à cette étape, nous avons jugé pertinent d'utiliser le modèle *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) de Damschroder et al. (2022) (Figure 20). Son objectif est d'anticiper ou d'expliquer les facilitateurs et les obstacles influençant l'efficacité de l'implantation (Nilsen, 2015). Il est composé de cinq domaines (dont un comprend deux sous-domaines), 48 construits et 19 sous-construits. Les domaines sont les suivants (Damschroder et al., 2022) : 1) innovation; 2) cadre externe; 3) cadre interne; 4) individus; et 5) processus de

mise en œuvre. Ainsi, le CFIR permet de cerner les leviers sur lesquels s'appuyer pour l'implantation de cette formation, mais aussi les éléments à surveiller et à contrôler.

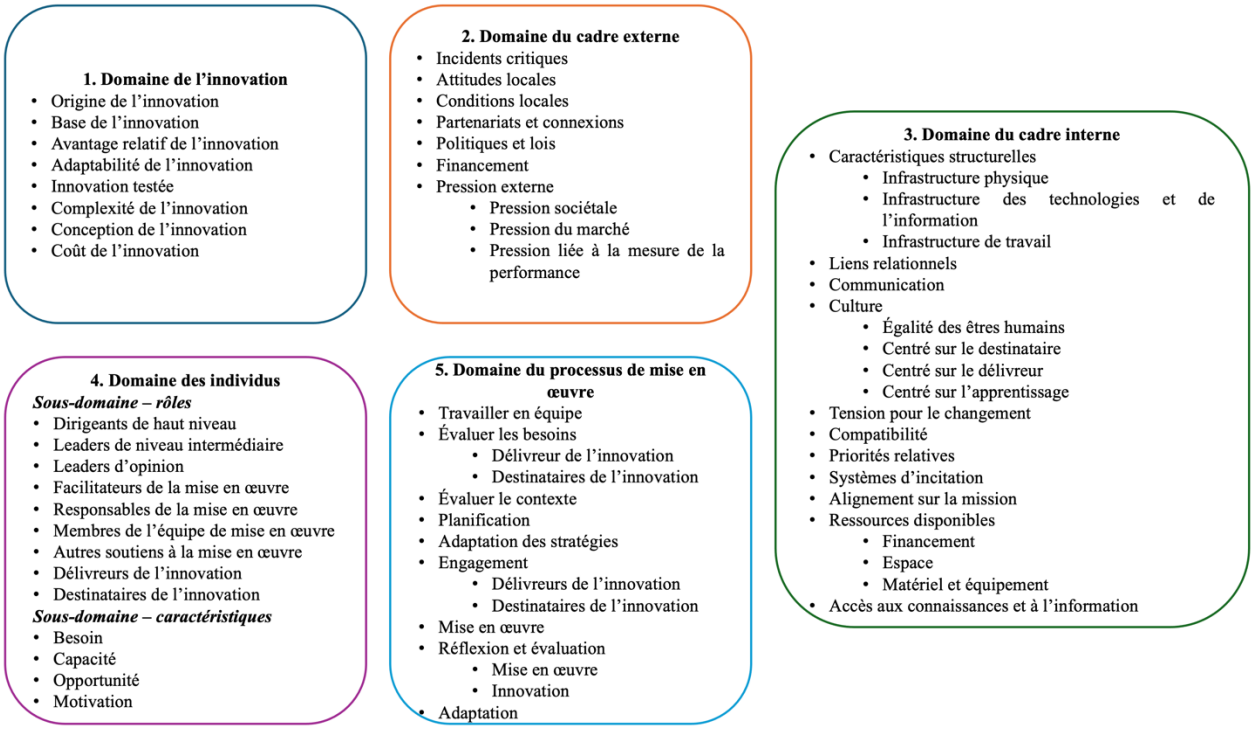


Figure 20. Consolidated Framework for Implementation Research
(traduit de Damschroder et al. (2022)

5.3.1.6 Méthode

Cette étude a utilisé une méthode mixte de recherche à devis convergent (Creswell & Clark, 2018) avec une approche participative (Vaughn & Jacquez, 2020) pour évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé. Deux étapes du cadre conceptuel KTA ont été réalisées dans cette étude, soit : la deuxième étape « adapter les

connaissances au contexte local », visant à évaluer la pertinence de la formation, par l'intermédiaire de sa mise à l'essai auprès d'AIC; et la troisième étape « évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances », visant à identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette formation, par l'intermédiaire d'une discussion dirigée. Le déroulement complet de cette étude est présenté à la Figure 21.

Sélection du milieu d'étude et recrutement des participants

Le milieu d'étude sélectionné est un établissement de soins de santé, nommé Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), d'une région administrative au Québec (Canada), situé en banlieue et détenant des caractéristiques comparables aux autres CISSS du Québec. Les participants ont été recrutés à l'aide d'un échantillonnage non probabiliste de convenance. Ce type d'échantillonnage, quoiqu'il présente des biais possibles, permet plus facilement et rapidement d'accéder aux participants ciblés (Gray & Grove, 2021). Un nombre de 30 participants réparti en deux groupes homogènes était visé, répondant aux critères d'inclusion suivants : a) être titulaire d'un permis valide de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ); et b) être détenteur d'un poste permanent ou de remplacement d'AIC sur un des trois quarts de travail, à temps complet ou à temps partiel, peu importe le secteur de soins. Étaient exclus les AIC en suivi de compétences, déontologique ou disciplinaire.

Une affiche de recrutement (appendice N de cette thèse) a été acheminée aux directeurs cliniques du CISSS qui se sont chargés de recruter des participants au sein de

leur direction et de les assigner de façon égale à un des deux groupes. Ainsi, deux groupes de 15 participants chacun provenant de différents secteurs de soins ont été créés. Suivant la réception de la liste complète des participants (n = 30), la chercheure principale leur a acheminé par courriel (appendice O de cette thèse) : la fiche d'information et de consentement de participation aux deux étapes de cette étude; le déroulement de la mise à l'essai de la formation et de la discussion dirigée; le contenu de formation; les objectifs visés; la méthode d'évaluation; et le rappel des dates, heures et lieu. Les participants devaient lui retourner par courriel le formulaire de consentement rempli (appendice P de cette thèse). Une première relance après un délai de deux semaines sans réponse, puis une seconde après une semaine supplémentaire ont été faites aux participants n'ayant pas acheminé leur formulaire de consentement signé.

Deuxième étape – adapter les connaissances au contexte local

Déroulement de la mise à l'essai

Une mise à l'essai de la formation a été effectuée. Pour les deux groupes, la première journée d'une durée de 6 h 30 a eu lieu dans la semaine du 10 mars 2024, et la deuxième journée d'une durée de 3 h 45 a eu lieu dans la semaine du 1er avril 2024. Un délai de trois semaines s'est écoulé entre les deux journées de formation, afin de permettre aux participants de mettre en application dans leur pratique, les apprentissages effectués lors de la première journée. La formation a été dispensée dans un local au CISSS par la chercheure principale pour les deux groupes, afin d'assurer l'homogénéité dans la façon de faire et d'éviter ainsi tout biais possible. Une auxiliaire de recherche bénévole a

accompagné la chercheure principale, afin de prendre des notes sur le déroulement de la formation, notamment sur la durée réelle de chacun des modules. Cette personne formée préalablement par la chercheure principale quant aux principes éthiques et de confidentialité à respecter, n'avait pas à intervenir verbalement durant la formation pour ne pas engendrer de biais.

Collecte des données

Un questionnaire d'évaluation papier autoadministré (appendice Q de cette thèse), élaboré par la chercheure principale et validé par les co-chercheurs, formé de questions liées aux données sociodémographiques et de 65 questions à choix multiple lié à la formation a été rempli par les participants. Pour les données sociodémographiques, des questions liées à l'âge et aux formations reçues antérieurement, par exemple, étaient posées. Les questions liées à la formation ont été élaborées à partir du modèle adapté de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Elles permettaient d'évaluer les quatre niveaux d'évaluation et étaient réparties en neuf sections, soit une section pour chacun des huit modules de formation et d'une autre portant sur l'évaluation générale de la formation. Les questions de chacune des sections ont été répondues après chacun des modules de formation. Pour répondre aux questions à choix multiples, les participants étaient invités à sélectionner un choix entre 1 « totalement en désaccord », 2 « partiellement en désaccord », 3 « partiellement en accord » et 4 « totalement en accord », correspondant à leur degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé. Pour chacune des sections, un espace

libre était disponible afin que les participants puissent y inscrire des commentaires qualitatifs.

Analyse des données

Une analyse descriptive des données, par l'intermédiaire des moyennes, écarts-types, effectifs et proportions a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 29. Ces analyses ont permis notamment de documenter les perceptions des participants en regard de la pertinence de la formation relativement aux quatre niveaux d'évaluation d'une formation (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016). Des moyennes entre 1 et 2,99 représentent une interprétation plus négative en regard des quatre niveaux d'évaluation où les participants sont davantage en désaccord avec les énoncés du questionnaire. À l'inverse, des moyennes entre 3 et 4 représentent une interprétation plus positive en regard des quatre niveaux d'évaluation où les participants sont davantage en accord avec les énoncés du questionnaire. Des analyses de contenu portant sur les commentaires qualitatifs émis par les participants ont été effectuées.

Troisième étape – évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances

Développement et validation de la grille de questions pour la discussion dirigée

D'abord, la chercheure principale a élaboré une grille de sept questions (appendice R de cette thèse) à partir du CFIR (Damschroder et al., 2022), afin de cibler les facteurs facilitants et contraignants l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé au Québec. Une question a été élaborée pour chacun des

cinq domaines du CFIR et deux questions générales ont permis d'identifier si certains aspects de la formation devraient être modifiés pour en faciliter l'implantation, ou s'il existait des éléments non mentionnés pouvant faciliter ou contraindre cette implantation. Trois AIC qui connaissaient bien la formation ont été approchées par courriel pour valider cette grille (appendice S de cette thèse). Deux d'entre elles ont accepté et ont complété un formulaire de consentement à cet effet (appendice T de cette thèse). Spécifiquement, il s'agissait de valider la clarté et la compréhension des sept questions et de déterminer si ces dernières orientaient bien les participants aux réponses recherchées en lien avec le cadre théorique d'analyse sélectionné (CFIR) (Damschroder et al., 2022). Cette validation s'est effectuée par une rencontre individuelle de 30 à 45 minutes via la plateforme *Zoom* avec les deux AIC provenant du milieu hospitalier et de première ligne habitant les régions de Montréal et des Laurentides. Lors de ces rencontres enregistrées (audio et vidéo), dont l'anonymat des participants était préservé, la chercheure principale a posé verbalement les sept questions. Une seule question a demandé à être clarifiée par un participant, soit la première abordant le domaine de l'innovation. Toutes les autres ont fait l'unanimité quant à leur compréhension et clarté. Par ailleurs, toutes les réponses des participants aux questions étaient bien en lien avec un des construits ou sous-construits du CFIR (Damschroder et al., 2022). Ainsi, en fonction des réponses obtenues, certaines modifications de la grille ont été faites, notamment en lien avec le type de formulation utilisé et la division des questions en deux parties, soit : « quels sont les aspects spécifiques au domaine qui peuvent influencer l'implantation de cette formation? »; puis « comment ces différents aspects peuvent influencer l'implantation de cette formation? ».

Collecte des données

La version finale de la grille de questions a été utilisée lors de la discussion dirigée d'une durée maximale prévue de 2 h 45, qui s'est tenue après la mise à l'essai de la formation avec les participants présents. Dans chacun des deux groupes, deux équipes ont été créées. Chacune des équipes a reçu un guide de discussion dirigée anonymisé (appendice U de cette thèse) comprenant les sept questions et un espace vide pour y annoter les réponses. Le déroulement a été le même pour les sept questions : 1) l'étudiante chercheure a lu et a expliqué la question; 2) les participants ont eu une période maximale de dix minutes pour discuter en équipe de la question et annoter leurs réponses dans le guide de discussion dirigée; et 3) un retour de 18 minutes maximum en plénière a permis aux participants des deux équipes de présenter oralement leurs réponses (facteurs facilitants ou contraignants) et d'en discuter. La chercheure principale a posé des questions de relance au besoin en lien avec les construits du CFIR (Damschroder et al., 2022). La plénière a été enregistrée (audio) avec le consentement des participants, des notes ont été prises de manière indépendante par la chercheure principale et l'auxiliaire de recherche et les guides complétés durant la plénière par les équipes ont été récupérés par la chercheure principale afin de faciliter la collecte et l'analyse des données.

Analyse des données

Des analyses de contenu basées sur le CFIR (Damschroder et al., 2022) ont été réalisées. D'abord, la chercheure principale a écouté les bandes audio enregistrées durant la discussion dirigée et a extrait les facteurs énoncés par les participants. Par la suite, elle

a comparé ces facteurs aux guides de discussion dirigée complétés par les participants ainsi qu'aux notes prises par elle-même et l'auxiliaire de recherche durant la discussion dirigée. Puis, elle a lié chacun des facteurs énoncés à un des construits émanant d'un des domaines du CFIR (Damschroder et al., 2022), ce qu'un vérificateur indépendant a également fait. En cas de désaccord, un deuxième vérificateur a évalué et décidé à quel construit était lié ce facteur. Par la suite, la fréquence de répétition d'un même facteur a été inscrite par la chercheure principale ainsi qu'un indicateur s'il s'agissait d'un facteur facilitant (+) ou contraignant (-) l'implantation de la formation, mixte (x), c'est-à-dire à la fois facilitant et contraignant ou neutre (0). Finalement, la chercheure principale ainsi qu'un membre de l'équipe de recherche ont synthétisé les facteurs. Ainsi, un portait global des facteurs qui facilitent ou contraignent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé, selon la perception des participants, a pu être produit.

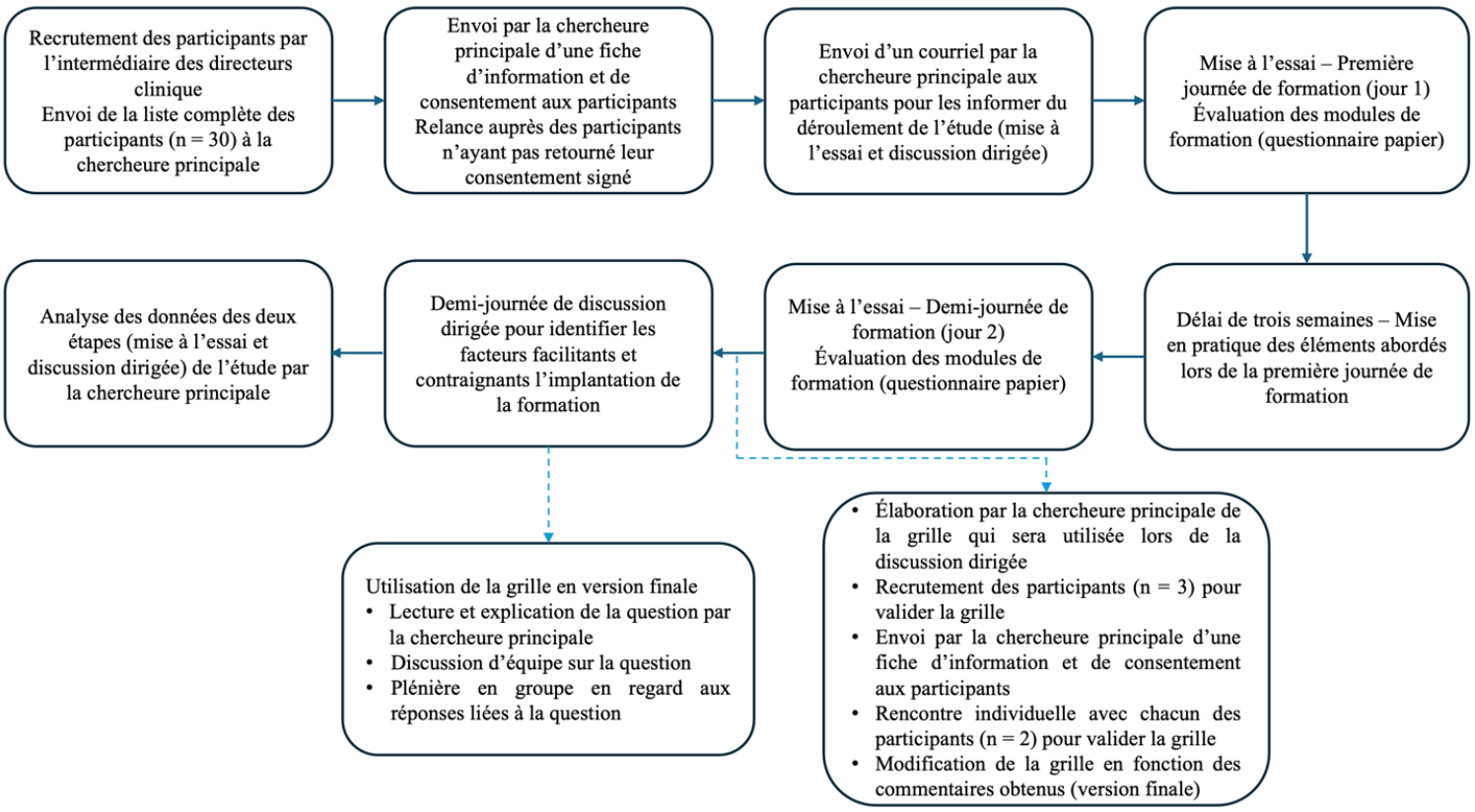


Figure 21. Déroulement de cette étude

Considérations éthiques

Cette étude est incluse dans une recherche globale de développement et de validation d'une formation visant à élaborer, valider et mettre en œuvre une formation pour l'AIC, qui a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (référence : 2021-1261) et de l'établissement de soins de santé (CISSS) où s'est déroulée cette mise en œuvre (référence 2021-333_168_MP). Tous les participants des deux étapes de cette mise en œuvre ainsi que les participants ayant validé la grille de questions utilisée pour la discussion dirigée ont donné leur consentement, ont été bien informés des modalités de l'étude et ont pu cesser d'y participer à tout moment,

librement et sans risque de préjudice. L'anonymat a été assuré, toutefois, pour la mise en œuvre, l'identité des participants a été connue par leur gestionnaire qui a procédé à leur libération du secteur de soins pour y participer, ainsi que par les autres participants. À cet effet, pour assurer la confidentialité des données recueillies, les participants ont signé une entente de confidentialité afin que le contenu des échanges et l'identité des personnes qui ont participé à cette étude puissent demeurer confidentiels au sein du groupe.

5.3.1.7 Résultats

Caractéristiques de la population

Des 30 AIC ayant manifesté leur intérêt à participer à cette étude, 23 (76,67%) ont assisté à la mise à l'essai de la formation dans sa globalité (une journée et demie) ainsi qu'à la discussion dirigée (une demi-journée) (Tableau 19). Des 23 AIC, 22 (95,65%) sont des femmes et un participant (4,35%) n'a pas divulgué son sexe d'appartenance. Ils proviennent des secteurs de soins suivants : 15 (65,21%) du milieu hospitalier; 4 (17,39%) de la première ligne; 2 (8,70%) d'un centre d'hébergement et de longue durée; 1 (4,35%) d'une ressource non institutionnelle; et 1 (4,35%) d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Tout près de la moitié (11 = 47,83%) sont âgés entre 51 et 60 ans et 21 participants (91,30%) sont infirmières depuis plus de dix ans. Finalement, en termes d'expérience comme AIC : 2 (8,70%) ont moins de 6 mois; 2 (8,70%) entre 6 et 12 mois; 2 (8,70%) entre 13 mois et 2 ans; 7 (30,43%) entre 3 et 5 ans; 6 (26,09%) entre 6 et 10 ans; et 4 (17,38%) ont plus de 10 ans.

Tableau 19. Données sociodémographiques

	n	%
Sexe d'appartenance	**23**	
Féminin	22	95,65
Ne souhaite pas répondre	1	4,35
Secteur de travail	**23**	
Milieu hospitalier		
Unité de médecine et/ou de chirurgie	7	30,43
Unité de pédiatrie	1	4,35
Santé mentale adulte ou pédopsychiatrie	7	30,43
Première ligne		
Soutien à domicile	3	13,04
Petite enfance et/ou périnatalité	1	4,35
Centre d'hébergement et de longue durée	2	8,70
Ressource non institutionnelle	1	4,35
Unité de réadaptation fonctionnelle intensive	1	4,35
Âge des participants	**23**	
31 à 40 ans	3	13,04
41 à 50 ans	9	39,13
51 à 60 ans	11	47,83
Nombre d'années d'expérience comme infirmière	**23**	
Entre 6 et 10 ans	2	8,70
Plus de 10 ans	21	91,30
Nombre d'années d'expérience comme AIC	**23**	
Moins de 6 mois	2	8,70
Entre 6 et 12 mois	2	8,70
Entre 13 mois et 2 ans	2	8,70
Entre 3 ans et 5 ans	7	30,43
Entre 6 et 10 ans	6	26,09
Plus de 10 ans	4	17,38

En termes de soutien reçu antérieurement, seulement cinq (21,74%) participants ont reçu une formation préparatoire lorsqu'ils ont débuté l'exercice de leur fonction d'AIC. Les thématiques qui ont été abordées lors de ces formations sont la description de la fonction d'AIC, le leadership, la communication et le lien entre le milieu hospitalier et la première ligne. Près de la moitié (47,82%) des participants a reçu une orientation

spécifique, et 18 (78,26%) ont bénéficié d'un autre type de soutien, provenant soit d'une formation continue portant sur une compétence spécifique, d'un groupe de discussion avec d'autres AIC ou autre (soutien du gestionnaire du secteur de soins ou d'une autre AIC) (Tableau 20).

Tableau 20. Soutien reçu par les participants

Soutien reçu par les participants	Oui (%)	Non (%)
Formation préparatoire à la fonction d'AIC	5 (21,74)	18 (78,26)
Orientation spécifique dispensée par une AIC expérimentée (AIC dans le secteur depuis au moins 2 ans)	11 (47,82)	12 (52,17)
Autre type		
Formation continue portant sur une compétence spécifique	4 (22,22)	
Groupe de discussion avec d'autres AIC	5 (27,78)	
Autre (soutien du gestionnaire du secteur de soins ou d'une autre AIC)	9 (50)	

Deuxième étape – adapter les connaissances au contexte local

Les résultats liés aux données quantitatives analysées sont présentés en fonction des quatre niveaux d'évaluation de la formation (réaction, apprentissage, comportement et résultats) tels que présentés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Comme les participants devaient sélectionner un choix de réponse entre 1 et 4 allant de « totalement en désaccord » à « totalement en accord », les résultats seront présentés sur 4 (Tableau 21).

Pour le niveau d'évaluation « réaction », la moyenne générale de 3,79, démontre une perception positive des participants face à ce niveau d'évaluation. Tous les modules de formation en plus de l'évaluation générale ont fait l'objet d'une évaluation. Le module

introduction est celui qui a eu la moyenne la plus basse (3,57), alors que le module 2 a obtenu la moyenne la plus élevée (3,91).

Pour le niveau d'évaluation « apprentissage », la moyenne générale de 3,83, ce qui représente une perception positive. L'évaluation générale qui a eu la moyenne la plus basse (3,79) et le module 1 qui a obtenu la moyenne la plus élevée (3,87) sont les seuls à avoir fait l'objet d'une évaluation.

Pour le niveau d'évaluation « comportement », la moyenne générale de 3,80, dénote une perception positive des participants face à ce niveau d'évaluation. Huit sections du questionnaire sur neuf ont fait l'objet d'une évaluation, ce qui représente sept modules de formation en plus de l'évaluation générale de la formation. La moyenne la plus basse de 3,71 est accordée au module 6, alors que le module 1 a obtenu la moyenne la plus élevée de 3,88.

Pour le niveau d'évaluation « résultats », la moyenne générale de 3,76, représente une perception positive et 5 modules sur 9 en plus de l'évaluation générale ont été évalués. Le module de formation ayant eu la moyenne la plus basse est le module 6 (3,61), alors que les modules 3 et 4 ont obtenu la moyenne la plus élevée (3,87).

En somme, globalement les résultats pour chacun des modules de la formation et de la section évaluation générale en regard des quatre niveaux d'évaluation de Kirkpatrick et

Kirkpatrick (2016), se situent entre 3,57 et 3,91, démontrant une évaluation positive de la formation. De manière spécifique, le module introduction est celui qui globalement a obtenu la moyenne la plus basse (3,57) alors que le module conclusion est celui qui a obtenu la moyenne la plus élevée (3,86). Le niveau d'évaluation « résultats » est celui qui a obtenu la moyenne la plus basse (3,76) alors que le niveau d'évaluation « apprentissage » est celui qui a obtenu la moyenne la plus élevée (3,83).

Tableau 21. Moyenne et écart-type

Sections du questionnaire	Quatre niveaux d'évaluation d'une formation				Moyenne générale
	Réaction	**Apprentissage**	**Comportement**	**Résultats**	
	Moyenne (écart-type)				
Module – introduction	3,57 (,662)	-	-	-	**3,57 (,662)**
Module 1 – fonction d'AIC	3,70 (,470)	3,87 (,344)	3,88 (,216)	-	**3,84 (,209)**
Module 2 – leadership	3,91 (,294)	-	3,82 (,286)	3,81 (,402)	**3,83 (,267)**
Module 3 – communication interpersonnelle	3,82 (,395)	-	3,77 (,432)	3,87 (,344)	**3,80 (,362)**
Module 4 – *caring* clinico-administratif	3,77 (,528)	-	3,83 (,361)	3,87 (,344)	**3,83 (,363)**
Module 5 – capacité de résolution de problèmes	3,78 (,518)	-	3,75 (,365)	3,78 (,422)	**3,77 (,370)**
Module 6 – connaissance et compréhension de l'environnement de soins	3,87 (,344)	-	3,71 (,506)	3,61 (,583)	**3,72 (,412)**
Module – conclusion	3,83 (,388)	-	3,87 (,297)	-	**3,86 (,309)**
Évaluation générale de la formation	3,86 (,288)	3,79 (,317)	3,80 (,308)	3,66 (,443)	**3,70 (,288)**
Moyenne générale	**3,79 (,282)**	**3,83 (,215)**	**3,80 (,254)**	**3,76 (,290)**	**-**

En ce qui concerne les données qualitatives, c'est une soixantaine de commentaires qui ont été émis par les participants. Ces derniers ont été pertinents pour ajuster la formation qui a consisté en l'ajout ou la révision de certaines diapositives de formation. De plus, l'analyse de contenu a révélé quatre recommandations, dont trois avaient déjà

émergé lors de la validation de la formation par des experts (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b). Ces recommandations doivent être suivies lors de l'élaboration d'une formation pour favoriser sa réussite, particulièrement en ce qui concerne sa clarté et sa compréhension. Les recommandations sont les suivantes :

1) Apporter de la clarté à la formation

Dans cette catégorie de commentaires, les participants demandaient notamment à ajouter des exemples aux diapositives de formation, afin qu'il y ait davantage de clarté et que le contenu transmis soit concret. En exemple : « la base est claire, mais il faut des exemples ».

2) Préciser le contenu de formation

Les participants proposaient de préciser certains éléments du contenu ou encore d'en ajouter. Par exemple, ce participant mentionne : « on pourrait énumérer les grands obstacles à la communication ».

3) Utiliser des stratégies pédagogiques pertinentes

Les commentaires des participants liés à cette catégorie concernent les stratégies pédagogiques, soit : octroyer du temps supplémentaire pour certaines (ex. jeu de rôle); procéder à un retour plus complet avec les participants à la suite de ces dernières; ou encore en ajouter. Voici un exemple : « une révision plus globale de toute la formation en

survolant chacune des sous-compétences et de ses outils serait plus aidant et permettrait une meilleure assimilation de la matière ».

4) Organiser efficacement la formation

Les participants ont émis des commentaires en lien avec la disposition de la salle de formation, les diapositives de formation intégrées au guide du participant, la provenance de la formatrice et la durée de certains modules de formation. À titre d'exemple : « j'aurais aimé avoir le *PowerPoint* au complet, car les informations sont pertinentes et il y en a beaucoup […] ».

Donc, ces commentaires seront pris en compte pour réviser cette formation avant son implantation, afin qu'elle soit plus claire, concrète et applicable à la fonction d'AIC.

Troisième étape – évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances

À la suite de la mise à l'essai de la formation, une discussion dirigée a été menée afin d'identifier les facteurs qui influencent l'implantation de la formation dans les établissements de soins de santé. À la suite de cette collecte des données, ce sont 59 facteurs influençant l'implantation de la formation qui ont été émis par les participants. De ces derniers, 45 sont facilitants, 12 sont contraignants et 2 sont mixtes. Les résultats sont présentés par domaine du modèle CFIR (innovation, cadre externe, cadre interne, individus et processus de mise en œuvre) (Damschroder et al., 2022) (Tableau 22). Pour

plus de détails, les résultats associés à chacun des construits et sous construits sont disponibles dans le matériel supplémentaire 1.

Domaine de l'innovation

Ce sont 13 facteurs facilitants qui ont été nommés. Parmi ceux ayant une occurrence la plus élevée, on note : la formation est basée sur des écrits scientifiques, ce qui lui confère une certaine rigueur; et que la formation est plus spécifique et concrète qu'une formation reçue antérieurement.

Deux facteurs contraignants ont été identifiés. Premièrement, la durée de formation pour la deuxième journée correspondant à une demi-journée de travail, rendant difficile le remplacement de l'AIC lors de sa participation à la formation et entraînant une accumulation de tâches lors de son retour au travail pour la demi-journée suivante. Par conséquent, la concentration et l'attention en seraient réduites durant cette demi-journée de formation. Il a été suggéré de combler ce temps vacant par l'ajout de stratégies pédagogiques ou d'allouer plus de temps à celles déjà proposées. Deuxièmement, le fractionnement des modules de formation sur plusieurs jours, rendrait difficiles la compréhension et l'établissement de liens entre ces derniers. Il a été suggéré de regrouper l'offre de formation en journée complète, comme vécu lors de la mise à l'essai de cette formation.

Finalement, un facteur mixte a été nommé. Il s'agit de l'intervalle (3 semaines) proposé entre les deux jours de formation. Certains participants ont trouvé cet intervalle contraignant et ont suggéré que la formation soit offerte sur deux jours consécutifs. D'autres, en revanche, ont estimé que ce délai était bénéfique et ont même proposé de l'étendre à six semaines pour maximiser l'intégration et l'application des notions apprises au premier jour de formation.

Domaine du cadre externe

Ce sont trois facteurs facilitants qui ont été nommés, dont : les heures de formation annuelle obligatoire pour l'infirmière, où cette formation contribuerait à ce que l'AIC réalise une partie de ces heures; et l'opinion publique qui souligne le souhait de la population d'avoir des professionnels qualifiés et correctement formés pour exercer leur fonction, dont l'AIC.

Quatre facteurs contraignants ont été identifiés, dont : l'autorisation syndicale de libération de l'AIC pour participer à la formation, qui pourrait ne pas être accordée en cas de grève; et de la multiplication des offres de formation pour l'AIC, sachant que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec propose déjà une formation destinée à l'AIC.

Finalement, un facteur mixte a été identifié, soit le changement de structure favorable ou non au déploiement de la fonction d'AIC qui accompagnera l'implantation de Santé Québec (loi ministérielle québécoise). Ainsi, ce facteur peut être autant facilitant

que contraignant, dépendamment des enlignements qui seront pris avec la nouvelle loi. En effet, cette dernière pourrait engendrer l'abolition du titre d'emploi d'AIC ou à l'inverse le conserver et promouvoir cette formation.

Domaine du cadre interne

Ce sont 10 facteurs facilitants qui ont été nommés, dont : la nécessité de dispenser la formation de manière systématique à l'ensemble des AIC; et la compatibilité de la formation avec le contexte actuel, c'est-à-dire qu'elle reflète bien la réalité des établissements de soins de santé.

Quatre facteurs contraignants ont été identifiés, dont : le manque de personnel, qui rendrait difficile la libération et le remplacement de l'AIC pour participer à la formation; et la communication d'informations importantes par courriel, un mode qui n'est pas toujours adapté pour certaines AIC qui consultent rarement leur boîte de réception.

Domaine des individus

Ce sont 10 facteurs facilitants qui ont été nommés. Parmi ceux ayant une occurrence la plus élevée, on note : le fait que la formation puisse libérer et soutenir le gestionnaire dans ses rôles et responsabilités, ce qui le motivera à inscrire ses AIC; et lorsque les gestionnaires supérieurs observeront les retombées positives de la participation des AIC à la formation, ils feront la promotion de cette dernière auprès de leurs gestionnaires intermédiaires, afin qu'ils procèdent à l'inscription de leurs AIC.

Deux facteurs contraignants ont été identifiés, soit : une possible réticence des gestionnaires intermédiaires à inscrire leur AIC à la formation; et une fermeture de ces derniers envers la formation continue.

Domaine du processus de mise en œuvre

Ce sont neuf facteurs facilitants qui ont été nommés. Parmi ceux les plus fréquemment identifiés, on y trouve le fait d'offrir : un calendrier de formation adapté et accessible sur tout le territoire; et que la formation soit dispensée en présentiel. Pour ce domaine, aucun facteur contraignant n'a été nommé.

Tableau 22. Facteurs facilitants et contraignants l'implantation de la formation

Domaine	Facteur facilitant	Facteur contraignant
1. Domaine de l'innovation	• Élaborée par un professionnel qui connaît le travail • Basée sur des écrits scientifiques • Plus spécifique et concrète • Préalable à une formation spécifique pour chaque secteur de soins • Uniformisée • Adaptés aux secteurs de soins • Pérenne • Testée ou validée • Jeux de rôle intégrés • Intégration de plusieurs stratégies pédagogiques • Ordre des modules adéquat • Structurée • Gratuité	• Libération d'un demi-quart de travail • Fractionner le temps de formation
	Facteur mixte • Intervalle entre les deux jours de formation	

Domaine	Facteur facilitant	Facteur contraignant
2. Domaine du cadre externe	• Heures de formation annuelles obligatoires (OIIQ) • Formation accréditée • Opinion publique – Importance d'avoir du personnel qualifié	• Autorisations syndicales de libération • Multiplication des offres de formation pour l'AIC (OIIQ) • Opinion publique – se questionner sur la pertinence de la formation pour l'AIC • Médias – Opposition à la formation en regard du manque de personnel
	Facteur mixte • Changement de structure favorable ou non au déploiement de la fonction d'AIC (implantation de santé Québec)	
3. Domaine du cadre interne	• Adapter l'information en fonction des secteurs de soins • Culture de formation • L'implantation de cette formation dans le flux de travail actuel • Correspond au contexte actuel • Dispensation systématique • Alignée à la mission des établissements • Plan de Développement des Ressources Humaines disponible (remboursement des coûts) • Disponibilité de locaux • Accès à de l'équipement informatique • Accès au matériel de formation et tous les outils complémentaires	• Manque de personnel – difficulté de libération, remplacement • Manque de personnel – diminution de l'expertise dans le secteur de soins • Roulement de personnel • Communication par courriel non favorable

Domaine	Facteur facilitant	Facteur contraignant
4. Domaine de l'individu	• Constater les retombées positives • Compréhension de la fonction d'AIC (motivation à l'inscription) • Influence entre gestionnaires à l'inscription des AIC • Permettra de libérer et de soutenir le gestionnaire dans ses tâches (motivation à l'inscription) • Promotion de la formation par les conseillères cadres en soins infirmiers • Promotion de la formation par le service de formation de l'établissement de soins de santé • Formation des formateurs • Promotion de la formation par les AIC ayant participé à la formation • Répond à un besoin des AIC • Intérêt et motivation des AIC à suivre de la formation	• Réticence à la libération des AIC • Fermeture à la formation continue
5. Domaine du processus de mise en œuvre	• Jumelage d'une AIC expérimentée avec une novice • Offrir un calendrier de formation adapté et accessible sur tout le territoire • Groupe d'une taille favorable à l'apprentissage (12 à 15) • Composition des groupes multisecteurs de soins et multisites • Indiquer dans l'affichage d'un poste d'AIC qu'une formation devra être suivie dans les trois à six mois	

Domaine	Facteur facilitant	Facteur contraignant
	• Publiciser les dates de formation • Dispensée par une AIC d'expérience externe à l'établissement de soins de santé • S'inspirer des réussites de formation antérieures (processus à suivre) • En présentiel	

5.3.1.8 Discussion

L'objectif général de cette étude était d'évaluer la pertinence de la formation et d'identifier les facteurs qui influencent son implantation dans les établissements de soins de santé. La mise à l'essai de la formation menée auprès de 23 participants afin d'en évaluer sa pertinence a permis d'obtenir une évaluation positive, dont chaque niveau d'évaluation de la formation (réaction, apprentissage, comportement et résultats) pour chacun des modules a obtenu une moyenne égale ou supérieure à 3,57, témoignant d'une perception positive des participants à l'égard de ces niveaux. Autrement dit, les participants ont exprimé leur satisfaction quant à cette formation, laquelle a pleinement répondu à leurs attentes, leur a permis d'acquérir de nouveaux apprentissages et devrait, selon eux, les amener à ajuster leurs comportements en mettant en pratique ces nouvelles connaissances. En plus, les résultats indiquent que cette formation pourrait avoir des impacts significatifs non seulement sur l'AIC, mais aussi sur l'ensemble du secteur des soins et l'établissement de soins de santé globalement. Malgré les résultats positifs, des ajustements sont nécessaires afin d'améliorer ces moyennes et poursuivre le processus

d'amélioration continue de cette formation. À cet égard, les commentaires qualitatifs des participants obtenus dans le cadre de cette étude guideront ces améliorations. Les modules ayant obtenu une moyenne générale la plus basse sont : le module introduction (3,57), le module 6 (3,72) et le module 5 (3,77). Par conséquent, la chercheure principale accordera une attention particulière à l'amélioration de ces derniers. Dols et al. (2021) ont également utilisé les quatre niveaux d'évaluation de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) pour évaluer la formation destinée à l'AIC qu'ils ont élaborée dans le cadre de leur étude non expérimentale. Les niveaux ont été évalués immédiatement après la formation, puis six mois plus tard. Les participants à la formation étaient satisfaits de cette dernière, ce qui leur a permis d'améliorer leurs compétences, notamment au niveau de la prise de décision. Les participants ont appliqué ces compétences dans leur travail, ce qui a conduit à une réduction des incidents et à une meilleure satisfaction des usagers. Une amélioration notable des performances au sein du secteur de soins a été démontrée. Ainsi, les résultats en regard des quatre niveaux d'évaluation ont été positifs et le maintien de ces derniers six mois plus tard a été constaté. La combinaison de ces quatre niveaux d'évaluation est bénéfique pour : évaluer la satisfaction des participants afin d'ajuster la formation; mesurer l'acquisition des connaissances et compétences afin de s'assurer que les objectifs visés soient atteints; évaluer l'application en pratique des apprentissages effectués en formation démontrée par un changement de comportement, afin de s'assurer que cette dernière influence réellement la pratique de l'AIC; et évaluer l'impact de la formation sur la performance individuelle de l'AIC, sur son secteur de soins et sur l'établissement de soins de santé, afin d'évaluer le retour sur l'investissement et l'amélioration des résultats.

Enfin, l'applicabilité de cette formation à la fonction d'AIC, sa clarté et sa structure logique validées préalablement par les experts à l'aide de la méthode Delphi (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b), ont été confirmées par sa mise à l'essai auprès d'AIC.

Une discussion dirigée menée auprès de 23 participants afin d'identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé a permis d'identifier 59 facteurs à considérer. Des 45 facteurs facilitants nommés par les participants, plusieurs sont soutenus par la littérature scientifique. Par exemple, le fait que les participants soient rémunérés pour assister à la formation est un élément positif. En effet, Medero et al. (2023) soulignent que le fait de défrayer le salaire des participants pour leur présence est un soutien important, reflétant l'engagement de l'établissement de soins de santé envers le développement professionnel de ses employés. De plus, la formation en présentiel a été identifiée comme étant un facteur facilitant par les participants. Selon Medero et al. (2023) ainsi que Wolf et al. (2024), la formation en présentiel favorise une meilleure assimilation et intégration des informations.

Les participants ont nommé 12 facteurs contraignants, dont le manque de personnel actuellement observé dans les établissements de soins de santé qui constitue un obstacle significatif à l'implantation de cette formation. Effectivement, en l'absence de ressources adéquates, il sera difficile de dégager du temps pour que l'AIC puisse participer à la formation. Coventry et al. (2015) confirment cette constatation dans leur revue intégrative,

soulignant que quatre études montrent clairement que lorsque l'effectif infirmier est insuffisant dans le secteur des soins, la participation à la formation continue est compromise. Cette absence de participation est principalement due à l'incapacité des infirmières, y compris l'AIC, de se libérer en raison d'un niveau de personnel insuffisant et du manque de remplaçants pour les couvrir pendant leur formation.

Finalement, quant aux deux facteurs mixtes nommés par les participants, certains ont exprimé des avis divergents sur la nécessité d'avoir un délai entre les deux jours de formation. Ce délai a été jugé soit non nécessaire, soit important. À ce sujet, Yeung et al. (2020) ainsi que Smolen et al. (2016) affirment que l'apprentissage espacé, avec des sessions séparées par des intervalles, est généralement plus bénéfique que l'apprentissage concentré sur des sessions rapprochées.

Ainsi, les dirigeants des établissements de soins de santé devront examiner les divers facteurs identifiés par les participants. En effet, ils devront s'attarder sur chacun d'eux afin de déterminer lesquels nécessitent une attention particulière pour faciliter l'implantation de la formation dans leur établissement de soins de santé. Comme le contexte de chacun des établissements est variable, une réflexion propre à chacun est nécessaire. Ainsi, les dirigeants devront évaluer la portée de chaque facteur afin de déterminer si ces derniers représentent un levier ou une contrainte dans leur établissement de soins de santé. Ils devront ensuite déterminer la force associée à chacun des facteurs, c'est-à-dire si dans leur contexte propre, le facteur est de faible ou fort impact sur

l'implantation de la formation (Damschroder et al., 2022). Les dirigeants pourront estimer s'il agit d'un levier majeur (avec un fort impact) ou régulier (avec un impact plus modéré). La même réflexion pourra être menée pour les contraintes. Ils pourront déterminer s'il s'agit d'une contrainte majeure (difficile à surmonter) ou mineure (facile à gérer). Par la suite, ils seront mieux positionnés pour déterminer les facteurs facilitants qui constituent un levier applicable pour l'implantation de la formation dans leur établissement de soins de santé et les facteurs contraignants qui devront être contrôlés.

Limites et forces de l'étude

Cette étude présente certaines limites. D'abord, le nombre de 23 participants a permis de dégager des résultats descriptifs exploratoires en regard de cette formation, cependant un nombre plus élevé aurait permis d'effectuer des analyses plus approfondies et de dégager des associations selon les caractéristiques sociodémographiques des participants. Pour la mise à l'essai, le questionnaire d'évaluation de la formation a été élaboré à partir des quatre niveaux d'évaluation de Kirkpatrick et Kirkpatrick ainsi que certains exemples suggérés dans leur livre de référence (2016). Il a ensuite été validé par l'équipe de recherche. Par ailleurs, il aurait pu faire l'objet d'une validation psychométrique plus approfondie, ce qui lui aurait octroyé une plus grande validité. Puis, par contrainte de temps et de faisabilité, les évaluations des niveaux « comportement » et « résultats » de la formation ont été effectuées par les participants le jour même, en se projetant dans le futur, plutôt qu'à travers des évaluations formelles et réelles des impacts de la formation sur ces aspects. Dans le futur, ces niveaux d'évaluation pourront être

évalués à l'aide d'une étude longitudinale. Pour la discussion dirigée, les facteurs qui influencent l'implantation de la formation ont été identifiés par les participants AIC. L'inclusion d'une plus grande diversité d'acteurs, tels que les gestionnaires intermédiaires et supérieurs ou les responsables de la formation dans les établissements de soins de santé pourrait enrichir les données en fournissant une perspective administrative complémentaire à celle, exclusivement clinique, des participants AIC. Au niveau des forces, cette étude offre une innovation théorique en ce qui concerne la formation qui a suivi un processus scientifique de développement et de validation ainsi qu'une innovation méthodologique en intégrant la science de la mise en œuvre dans ce contexte. Finalement, l'utilisation d'une méthode mixte de recherche combinant des données quantitatives et qualitatives renforce la crédibilité de cette étude. En outre, l'utilisation du *The new World Kirkpatrick Model* de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) ainsi que du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) de Damschroder et al. (2022) ont apporté de la rigueur à cette recherche.

Perspectives de l'étude

En termes de perspectives, un projet de recherche futur pourrait consister à déployer les étapes subséquentes à la deuxième phase du modèle KTA, afin de finaliser la mise en œuvre de cette formation. Il s'agit de « sélectionner, adapter et implanter l'intervention (formation) », « monitorer l'utilisation des connaissances », « évaluer les résultats » et « soutenir l'utilisation de ces nouvelles connaissances ». Finalement, l'identification, auprès des gestionnaires intermédiaires et supérieurs et des responsables de la formation

dans les établissements de soins de santé, des facteurs qui influencent l'implantation de cette formation pourraient consister à un deuxième projet. En effet, par leur fonction, ces derniers identifieront probablement des facteurs complémentaires à ceux identifiés par les participants AIC. Ainsi, une vision plus complète et globale des facteurs à considérer sera obtenue.

5.3.1.9 Conclusion

Cette étude a permis de réaliser deux étapes cruciales de la mise en œuvre de la formation qui vise ultimement à renforcer les compétences de l'AIC. En effet, la formation a fait l'objet d'une évaluation par sa mise à l'essai auprès d'AIC et les facteurs qui influencent son implantation ont été identifiés, à travers une discussion dirigée. Les participants sont satisfaits de cette formation, cette dernière a répondu à leurs attentes, leur a offert de nouveaux apprentissages et leur permettra, selon leur perception, de modifier leurs comportements en transférant dans la pratique les nouveaux apprentissages effectués. Les résultats suggèrent que la formation aura des retombées significatives non seulement sur l'AIC, mais également sur son secteur des soins et l'établissement de soins de santé dans son ensemble. De plus, cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs importants à considérer pour l'implantation de la formation. Par conséquent, les dirigeants des établissements de soins de santé seront mieux équipés pour déterminer les facteurs sur lesquels se concentrer et ceux à gérer, afin d'implanter la formation de manière optimale. Ainsi, la dernière étape du processus de développement et de validation de cette formation a été amorcée. Une fois implantée, cette formation devrait avoir des effets notables sur

l'AIC, en renforçant ses compétences et en lui permettant d'exercer sa fonction de manière optimale.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'Université du Québec en Outaouais, la Fondation de l'Université du Québec en Outaouais, le ministère de l'Enseignement supérieur du Québec, le Bureau de Coopération Interuniversitaire, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada et le Réseau québécois de recherche en interventions infirmières pour les bourses d'études accordées à Mme Maripier Jubinville.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

5.3.1.10 Références

Admi, H., & Eilon-Moshe, Y. (2016). Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *International Journal Of Nursing Studies, 63*, 48-57. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.005

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology, 41*(1), 63-105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Coventry, T. H., Maslin-Prothero, S. E., & Smith, G. (2015). Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: an integrative review. *Journal of advanced nursing, 71*(12), 2715-2727. https://doi.org/10.1111/jan.12724

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3e ed.). SAGE Publications.

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated consolidated framework for implementation research based on user feedback. *Implementation Science, 17*(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

Dols, J. D., Ramirez, M. N., Hernandez, A. D., Allen, D., Kloewer, T., & Aguillon, V. (2021). Impact of evidence-based charge nurse education on charge nurse skills and nurse-specific metrics. *The Journal Of Nursing Administration, 51*(12), 630-637. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001086

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science, 1*(1), 1-3. https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1

Ghahari, S., Burnett, S., & Alexander, L. (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC Health Services Research, 20*(1), 321. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05180-y

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26*(1), 13-24. https://doi.org/10.1002/chp.47

Gray, J., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9e ed.). Elsevier.

Holmgren, C., Jussèn, S., Hagiwara, M. A., & Rådestad, M. (2022). Charge nurses' perceived experience in managing daily work and major incidents in emergency departments: A qualitative study. *Australasian Emergency Care, 25*(4), 296-301. https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.02.003

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., & Robins, S. (2024). *Supporting charge nurses through training: A narrative review* [Manuscrit soumis pour publication].

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., Robins, S., El-Mousawi, F., Bélanger, E., Kruglova, K., Sia, D., & Beogo, I. (2025). Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée [Manuscrit accepté pour publication]. *Avancées en formation infirmière/ Quality Advancement in Nursing Education*.

Jubinville, M., Tchouaket, E. N., & Longpré, C. (2023). Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ open, 13*(2), e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307

Jubinville, M., Tchouaket Nguemeleu, É., & Longpré, C. (2024b). *Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi* [Manuscrit soumis pour publication].

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. ATD Press.

Kramer, M., & Davies, C. C. (2021). A charge nurse orientation and development program: an evaluation. *Journal For Nurses In Professional Development, 37*(5), 268-277. https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000765

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Medero, K., Goers, J., & Makic, M. B. F. (2023). Evaluation of a charge nurse leadership development program. *Nursing Management, 54*(7), 22-30. https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000032

Morris, J. (2019). *Charge nurses: undereducated and underprepared* [Thèse de maîtrise inédite, University of Nevada, Reno]. NV. https://scholarwolf.unr.edu/items/a630d948-c2d6-40da-8a7c-34cfe1075606

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science, 10*(1), 53. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au cœur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Rousselot, N., Tombrey, T., Zongo, D., Mouillet, E., Joseph, J.-P., Gay, B., & Salmi, L. R. (2018). Development and pilot testing of a tool to assess evidence-based practice skills among French general practitioners. *BMC medical education, 18*(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1368-y

Smolen, P., Zhang, Y., & Byrne, J. H. (2016). The right time to learn: mechanisms and optimization of spaced learning. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(2), 77-88. https://doi.org/10.1038/nrn.2015.18

Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *Journal of Nursing Administration, 50*(2), 95-103. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000848

Vaughn, L. M., & Jacquez, F. (2020). Participatory research methods–Choice points in the research process. *Journal of Participatory Research Methods, 1*(1). https://doi.org/10.35844/001c.13244

Wolf, L., Delao, A., Simon, C., Clark, P., & Burchill, C. N. (2024). Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for united states emergency care settings. *Journal of emergency nursing, 50*(4), 523-536. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009

Yeung, J., Djarv, T., Hsieh, M. J., Sawyer, T., Lockey, A., Finn, J., & Greif, R. (2020). Spaced learning versus massed learning in resuscitation - A systematic review. *Resuscitation, 156*, 61-71. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.08.132

5.3.1.11 Matériel supplémentaire 1

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
1. Domaine de l' innovation	A. Origine de l'innovation	+ = Élaborée par un professionnel qui connaît le travail	
	B. Base de l'innovation (*Evidence base*)	+++ = Basée sur des écrits scientifiques	
	C. Avantage relatif de l'innovation	++ = Plus spécifique et concrète + = Préalable à une formation spécifique pour chaque secteur de soins + = Uniformisée	
	D. Adaptabilité de l'innovation	+ = Adaptés aux secteurs de soins + = Pérenne	
	E. Innovation testée (*triability*)	++ = Testée ou validée	
	F. Complexité de l'innovation		
	G. Conception de l'innovation	+ = Jeux de rôle intégrés + = Intégration de plusieurs stratégies pédagogiques x = Intervalle entre les deux jours de formation + = Ordre des modules adéquat + = Structurée	-- = Libération d'un demi-quart de travail - = Fractionner le temps de formation
	H. Coût de l'innovation	++ = Gratuité	

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
2. Domaine du cadre externe	A. Incidents critiques		- = Autorisations syndicales de libération
	B. Attitudes locales		
	C. Conditions locales	x = Changement de structure favorable ou non au déploiement de la fonction d'AIC (implantation de santé Québec)	
	D. Partenariats et connexions		
	E. Politiques et lois	++ = Heures de formation annuelle obligatoire (OIIQ) ++ = Formation accréditée	- = Multiplication des offres de formation pour l'AIC (OIIQ)
	F. Financement		
	G. Pression externe		
	1. Pression sociétale	+ = Opinion publique – Importance d'avoir du personnel qualifié	- = Opinion publique – se questionner sur la pertinence de la formation pour l'AIC - = Médias – Opposition à la formation en regard du manque de personnel
	2. Pression du marché		
	3. Pression liée à la mesure de la performance		

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
3. Domaine du cadre interne	A. Caractéristiques structurelles 1. Infrastructure physique 2. Infrastructure des technologies de l'information 3. Infrastructure de travail		---- = Manque de personnel – difficulté de libération, remplacement - = Manque de personnel – diminution de l'expertise dans le secteur de soins - = Roulement de personnel
	B. Liens relationnels		
	C. Communication	+ = Adapter l'information en fonction des secteurs de soins	- = Communication par courriel non favorable
	D. Culture 1. Égalité des êtres humains 2. Centré sur le destinataire 3. Centré sur le délivreur 4. Centré sur l'apprentissage	++ = Culture de formation	
	E. Tension pour le changement		

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
	F. Compatibilité	+ = L'implantation de cette formation dans le flux de travail actuel ++ = Correspond au contexte actuel	
	G. Priorités relatives	+++ = Dispensation systématique	
	H. Systèmes d'incitation		
	I. Alignement sur la mission	++ = Alignée à la mission des établissements	
	J. Ressources disponibles		
	1. Financement	++ = Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) disponible (remboursement des coûts)	
	2. Espace	+++ = Disponibilité de locaux	
	3. Matériel et équipement	++ = Accès à de l'équipement informatique	
	K. Accès aux connaissances et à l'information	+ = Accès au matériel de formation et tous les outils complémentaires	

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
4. Domaine des individus	***Sous-domaine – rôles***		
	A. Dirigeants de haut niveau	++ = Constater les retombées positives	
	B. Leaders de niveau intermédiaire	+ = Compréhension de la fonction d'AIC (motivation à l'inscription) + = Influence entre gestionnaires à l'inscription des AIC +++ = Permettra de libérer et de soutenir le gestionnaire dans ses tâches (motivation à l'inscription)	- = Réticence à la libération des AIC - = Fermeture à la formation continue
	C. Leaders d'opinion		
	D. Facilitateurs de la mise en œuvre	+ = Promotion de la formation par les conseillères cadre en soins infirmiers	
	E. Responsables de la mise en œuvre	+ = Promotion de la formation par le service de formation de l'établissement de soins de santé	
	F. Membres de l'équipe de mise en œuvre		
	G. Autres soutiens à la mise en œuvre		
	H. Délivreurs de l'innovation	++ = Formation des formateurs	
	I. Destinataires de l'innovation	++ = Promotion de la formation par les AIC ayant participé à la formation	
	Sous-domaine – caractéristiques		
	A. Besoin	+++ = Répond à un besoin des AIC	

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
	B. Capacité C. Opportunité D. Motivation	+ = Intérêt et motivation des AIC à suivre de la formation	

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
5. Domaine du processus de mise en œuvre	A. Travaillent en équipe	+ = Jumelage d'une AIC expérimentée avec une novice	
	B. Évaluer les besoins 1. Délivreur de l'innovation 2. Destinataires de l'innovation		
	C. Évaluer le contexte		
	D. Planification	+++ = Offrir un calendrier de formation adapté et accessible sur tout le territoire ++ = Groupe d'une taille favorable à l'apprentissage (12 à 15) + = Composition des groupes multisecteurs de soins et multisites + = Indiquer dans l'affichage d'un poste d'AIC qu'une formation devra être suivie dans les trois à six mois + = Publiciser les dates de formation ++ = Dispensée par une AIC d'expérience externe à l'établissement de soins de santé	
	E. Adaptation des stratégies	+ = S'inspirer des réussites de formation antérieures (processus à suivre) +++ = En présentiel	
	F. Engagement 1. Délivreurs de l'innovation		

Domaine	Construit et sous-construit	Facteur facilitant	Facteur contraignant
	2. Destinataires de l'innovation		
	G. Mise en œuvre		
	H. Réflexion et évaluation		
	1. Mise en œuvre		
	2. Innovation		
	I. Adaptation		

Légende :
+ = Facteur facilitant l'implantation de la formation
- = Facteur contraignant l'implantation de la formation
x = Facteur mixte (à la fois facilitant et contraignant)
Le nombre de + ou de - désigne la fréquence où ce facteur a été nommé

5.3.2 Résultats et discussion complémentaires

Voici des résultats complémentaires à ceux présentés dans l'article scientifique. Ils consistent à présenter et discuter des forces de cette étude, notamment en lien avec le modèle conceptuel utilisé dans le cadre de cette thèse et l'ÉDI. Avant tout, il importe de spécifier que la formation, telle qu'elle a été dispensée dans le cadre de cette mise à l'essai, est présentée en appendice V à l'aide du *Guidelines for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching* (*GREET*) (Phillips et al., 2016).

Plusieurs forces peuvent être dénotées à cette formation en accord avec le modèle conceptuel utilisé dans le cadre de cette thèse, soit, le « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef » composé de trois systèmes (clinique, de gouvernance clinique et de gestion) et intégrant les quatre mécanismes visant à favoriser la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. À titre de rappel, il s'agit d' : 1) inclure du contenu de formation qui soit actualisé et complet, soit qui aborde les cinq compétences soulevées par Plourde (2012) qui doivent être maîtrisées par l'AIC; 2) utiliser des principes favorisant le transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique, comme par exemple employer différentes stratégies pédagogiques; 3) s'assurer que la formation puisse être dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction; et 4) s'assurer que la formation soit applicable dans les établissements de soins de santé, notamment par une durée réaliste.

Concernant le système clinique, les modules de formation sont spécifiquement axés sur les cinq compétences en gestion clinico-administratives identifiées par Plourde (2012), que l'AIC doit développer pour exercer pleinement sa fonction. En effet, l'essence de la formation correspond aux compétences de l'AIC.

Dans le système de gouvernance clinique où l'on vise la mobilisation des connaissances de l'AIC, les trois principes nommés par Baldwin et Ford (1988) ont été utilisés. D'abord, les caractéristiques des apprenants, telles que leur motivation et leur désir de s'améliorer, ont été prises en compte. À cet effet, quatre semaines avant le début de la formation, l'étudiante-chercheure a envoyé un courriel aux participants détaillant les objectifs, le contenu, et les modalités de la formation (appendice O). Cette démarche visait à renforcer la motivation des participants à suivre la formation. En effet, le transfert des apprentissages est facilité chez ceux qui sont hautement motivés et désireux de développer de nouvelles compétences (Rivard & Lauzier, 2024). Les participants ont d'ailleurs attribué une moyenne générale de 3,87/4 à la question « j'étais motivée à participer à cette formation » et de 3,35/4 à la question « avant de participer à cette formation, je désirais y participer afin de m'aider à renforcer mes compétences et exercer optimalement ma fonction d'AIC ». Ensuite, l'élaboration de la formation a été soigneusement planifiée, intégrant diverses stratégies pédagogiques et structurant le contenu de manière logique. Enfin, l'environnement de travail a également été pris en considération. À cet égard, l'étudiante-chercheure a envoyé un courriel au gestionnaire de chaque participant, quatre semaines avant le début de la formation (appendice W), puis un second après la deuxième

journée (appendice W), pour les informer du contenu abordé et des actions à entreprendre pour soutenir l'AIC dans l'intégration des nouvelles connaissances à sa pratique. Également, les participants ont évalué la formation selon les quatre niveaux d'évaluation proposés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), permettant de constater de sa pertinence et de la réajuster selon les commentaires obtenus.

Dans le système de gestion où l'on vise l'établissement d'une structure formelle de formation, les facteurs qui influencent l'implantation de la formation ont été identifiés. Ceci a permis de cibler les leviers sur lesquels s'appuyer et ceux qui devront être contrôlés, afin que cette formation puisse être systématiquement dispensée à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. D'ailleurs, cette nécessité a été appuyée par les participants qui ont attribué une moyenne générale de 3,96/4 à la question « cette formation doit être dispensée à toutes les nouvelles AIC en début de fonction ». Concernant l'applicabilité de la formation, sa durée de 10 h 15 a été jugée favorable, avec une moyenne générale de 3,78/4 à la question « globalement, la durée de la formation était adéquate ». De plus, les participants ont confirmé lors de la discussion dirigée que le mode de dispensation de la formation en présentiel (en classe) était adéquat et propice à l'apprentissage.

Ainsi, le « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef » a permis d'identifier ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation afin qu'elle puisse favoriser un renforcement des compétences de l'AIC requis à l'exercice optimal de sa fonction. D'ailleurs, les participants ont octroyé une moyenne générale de 3,74/4 à la

question « selon ma perception, ma performance au travail sera améliorée grâce à l'application des connaissances que je viens d'apprendre ».

En plus, une force majeure de cette formation réside dans sa prise en compte de l'ÉDI, afin que tous les participants se sentent interpellés et inclus. D'ailleurs, à la question « dans l'ensemble, le matériel de formation (la présentation *PowerPoint*) tient compte de l'équité, la diversité et l'inclusion » une moyenne générale de 3,87 sur 4 a été obtenue.

Finalement, bien qu'initialement cette formation visait l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction, cette formation a été jugée pertinente par l'ensemble des participants AIC peu importe leur niveau d'expérience. L'ensemble des AIC ont mentionné avoir apprécié cette formation, avoir effectué des apprentissages, compte bien modifier leurs comportements en fonction des apprentissages effectués et pense que cette formation aura des retombées positives sur leur pratique, leur secteur de soins et leur établissement de soins de santé.

Chapitre 6 : Discussion

L'objectif général de ce projet doctoral était de développer et valider empiriquement une formation en soutien au renforcement des compétences de l'AIC. Les objectifs spécifiques étaient de : 1) identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à la fonction d'AIC à intégrer à la formation; 2) valider empiriquement, à l'aide d'experts, la formation élaborée par l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité; et 3) évaluer la pertinence de la formation et identifier les facteurs qui influencent l'implantation de cette dernière dans les établissements de soins de santé. Ce sixième chapitre se compose de cinq sections distinctes. D'abord, il est question des principaux résultats de l'étude, ensuite de l'AIC et sa contribution politique, des limites de cette étude, des recommandations émergentes au niveau de la formation, la clinique, la gestion et la recherche, puis de la transférabilité de la formation.

6.1 Principaux résultats de l'étude

Les principaux résultats de cette thèse sont présentés ci-dessous.

6.1.1 Formation qui a suivi un processus scientifique de développement et de validation

La formation visant à soutenir l'AIC dans le renforcement de ses compétences en gestion clinico-administrative a suivi un processus de développement et de validation scientifique en plusieurs étapes. Une revue de la portée a d'abord permis d'identifier le contenu à y inclure, permettant ensuite son élaboration. Puis, une méthode Delphi a été utilisée pour valider, à l'aide d'experts, sa validité de contenu ainsi que sa fiabilité.

Finalement, sa mise en œuvre a été amorcée à l'aide d'une approche participative : la formation a été mise à l'essai auprès d'AIC pour évaluer sa pertinence selon les quatre niveaux d'évaluation (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016), et une discussion dirigée a permis d'identifier les facteurs qui influencent son implantation. Ainsi, la complémentarité de ces différentes étapes a mené au développement d'une formation empirique, claire, adaptée aux besoins de l'AIC et se distinguant des formations existantes.

En comparant avec la littérature disponible recensée dans le cadre d'une revue narrative des écrits (Jubinville, Longpré, et al., 2024), il en résulte que divers processus de développement d'une formation ont été utilisés, mais aucun ne correspond à un processus complet et scientifique de développement et de validation d'une formation explicité ci-haut. D'abord, certaines publications comme celles de Clark et Yoder-Wise (2015) et Sherman (2005) n'indiquent pas les étapes suivies pour développer et valider leur formation. D'autres, comme celles de Mosier et al. (2019) ainsi que Schwarzkopf et al. (2012), indiquent que ce sont des consultants ou des firmes externes qui ont développé leur formation, tandis que certaines publications décrivent des formations développées en équipe, fondées sur des priorités locales ou des recommandations issues de consultations auprès d'AIC ou d'autres parties prenantes (Enterkin et al., 2012; Homer & Ryan, 2013). Certaines publications mentionnent que leur formation a été développée en tenant compte des besoins exprimés par les AIC, les gestionnaires et autres parties prenantes (Dols et al., 2021; Pitkänen et al., 2004), tandis que d'autres publications se sont basées sur la

littérature existante (Assid, 2010; Shupe, 2015). Certaines publications ont combiné ces deux dernières étapes (Andronico et al., 2019; Pryby, 2016), d'autres mentionnent que la formation a été revue ou validée par des experts ou des consultants (Abel et al., 2020; Thomas, 2016), et certaines ont réalisé une mise à l'essai de leur formation (Medero et al., 2023; Teran & Webb, 2016).

Le processus suivi pour le développement et la validation de la formation décrite dans la publication de Thomas (2016) est celui qui se rapproche le plus de ce qui a été effectué dans la présente étude doctorale. En effet, le but du projet de Thomas (2016) était notamment de développer pour l'AIC un programme éducatif portant sur le leadership transformationnel. Les étapes effectuées ont consisté à une revue de la littérature, une élaboration de la formation et une évaluation de cette dernière par quatre experts qui ont rempli un questionnaire de 12 questions à choix de réponse dichotomiques (oui et non). L'ensemble du projet s'est effectué en équipe et la mise en œuvre de cette formation ne faisait pas partie de cette étude. Les experts se sont entendus pour affirmer que le contenu de la formation était clair et pertinent pour l'AIC.

En somme, l'utilisation d'un processus scientifique en plusieurs étapes pour le développement et la validation de la formation a été essentielle. Cela a permis de garantir que la formation soit développée et validée scientifiquement, rigoureuse, actualisée, et adaptée aux besoins spécifiques de l'AIC.

6.1.2 Formation qui intègre les quatre mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC

Cette formation intègre les quatre mécanismes favorisant la compréhension et la maîtrise de la fonction d'AIC. En effet, ces mécanismes sont intégrés au modèle conceptuel utilisé dans le cadre de cette thèse, soit le « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef », adapté du modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008) et composé de trois systèmes. À titre de rappel, le mécanisme visant l'inclusion de contenu de formation portant sur les cinq compétences de l'AIC a été intégré au système clinique; le mécanisme visant l'utilisation de principes pour favoriser un transfert des apprentissages a été inclus au système de gouvernance clinique; et les mécanismes visant à s'assurer que la formation soit dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction et applicable dans les établissement de soins de santé ont été intégré au système de gestion.

Premièrement, cette formation inclut du contenu qui porte sur les cinq compétences requises à l'exercice de la fonction d'AIC. Une revue de la portée a permis d'identifier 46 éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences de l'AIC (Jubinville et al., 2025). Des éléments clés ont été ciblés pour chacune des compétences, ce qui a permis d'élaborer le contenu de chaque module de formation.

Deuxièmement, les trois principes du modèle de Baldwin et Ford (1988), qui favorisent le transfert des apprentissages en pratique, ont été intégrés à la formation,

facilitant ainsi la mobilisation des connaissances. De plus, le modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) a été utilisé pour évaluer la pertinence de la formation et s'assurer que cette mobilisation des connaissances soit correctement réalisée.

Troisièmement, cette formation a été élaborée en s'assurant qu'elle soit dispensée systématiquement à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction. En effet, l'identification des facteurs qui influencent son implantation facilitera l'intégration de cette dernière dans la structure formelle des établissements de soins de santé, afin qu'elle puisse être systématiquement dispensée.

Quatrièmement, cette formation a été élaborée pour assurer son applicabilité dans les établissements de soins de santé. À cet effet, à la suite des étapes du processus scientifique de développement et de validation de la formation menées dans le cadre de cette étude, sa durée a été réfléchie, pour être réaliste dans le contexte actuel des établissements de soins de santé. De ce fait, sa durée de 10 h 15 permettra aux gestionnaires de libérer plus facilement leurs AIC pour y participer, comparativement à une formation d'une plus grande durée. En plus, le mode de dispensation a également été déterminé pour faciliter la participation de l'AIC à la formation et son applicabilité dans les établissements de soins de santé. En effet, les gestionnaires n'auront qu'à inscrire leur AIC à la formation et celle-ci se déroulera ensuite en présentiel dans une classe désignée à la date prévue. Il n'y a donc aucune démarche d'accès à de la technologie pour suivre la formation en ligne à se soucier.

L’intégration de ces quatre mécanismes a permis l’élaboration d’une formation qui donnera les outils nécessaires à l’AIC afin qu’elle puisse s’inscrire dans la gouvernance clinique de son secteur de soins, notamment par ses compétences et l’exercice optimal de sa fonction qui seront bénéfiques à la qualité et la sécurité des soins. En somme, cette formation se distingue des autres formations recensées, car aucune d’elles ne réunissait les quatre mécanismes préalablement définis. Ce constat a été confirmé par la revue narrative des écrits menée dans le cadre de cette étude (Jubinville, Longpré, et al., 2024).

6.1.3 Formation qui détient un fort indice de validité de contenu et de fiabilité

Aux termes de deux tours de validation, cette formation détient un fort indice de validité de contenu et de fiabilité. En effet, une méthode Delphi a été utilisée pour valider la formation, à l’aide d’experts, par l’intermédiaire de la validité de contenu et de la fiabilité (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b).

Concernant la validité de contenu, 11 sections sur 12 du questionnaire ont atteint le seuil minimal d’IVC de 0,80 et 104 questions sur 113. Ainsi, ces résultats signifient que dans sa globalité, un consensus a été atteint parmi les experts concernant plusieurs aspects de la formation. Ils ont convenu que le contenu est applicable à la fonction d’AIC, qu'il est clair et bien structuré et permet à l’AIC d’intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique. De plus, les experts ont jugé que les stratégies pédagogiques proposées sont pertinentes pour favoriser le renforcement des compétences de l’AIC.

Quant à la fiabilité, elle a été présente avec un p-value supérieur à 0,05 pour 9 sections sur 12. Ainsi, cela démontre une grande fiabilité interjuges, signifiant qu'il y a une faible variance dans la compréhension de la formation entre les experts AIC et les experts non AIC.

L'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité ne semble pas avoir été effectuée dans les formations recensées. La formation qui fait l'objet de cette étude doctorale se démarque à ces égards et du fait qu'elle est validée empiriquement.

6.1.4 Formation qui prend en compte les recommandations d'experts et d'AIC

Diverses recommandations ont été prises en considération dans la révision de la formation par l'étudiante-chercheure. Ces recommandations proviennent des commentaires émis par les experts ayant validé la formation ainsi que des évaluations réalisées par les participants AIC lors de sa mise à l'essai.

En effet, lorsque la formation a été validée par des experts, ces derniers avaient l'opportunité de rédiger des commentaires. Au premier tour de validation, c'est plus de 450 commentaires qui ont été émis par les experts, alors qu'au deuxième tour ce nombre a diminué à un peu plus de 210 (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024b). Chacun d'eux a été lu, analysé et pris en considération, selon leur pertinence, pour modifier et améliorer les diapositives de formation. D'ailleurs, leur analyse a permis d'identifier sept

recommandations à respecter lors de l'élaboration d'une formation, afin de favoriser sa réussite en termes d'applicabilité et de clarté.

Ensuite, lorsque la formation a été mise à l'essai auprès de 23 participants AIC, ces derniers ont également eu l'opportunité d'émettre des commentaires, complémentaires à leur évaluation de la formation. C'est un peu plus de 60 commentaires qui ont été formulés par les participants AIC (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024a), qui ont été analysés et qui seront pris en compte pour apporter les derniers correctifs à la formation avant son implantation. Leur analyse a permis de formuler quatre recommandations à suivre lors de l'élaboration d'une formation, dont trois d'entre elles avaient également été suggérées par les experts qui ont procédé à sa validation.

Ainsi, la prise en considération des recommandations faites par les experts et les participants AIC via leurs commentaires a été d'une grande richesse afin d'améliorer cette formation et de la rendre notamment plus claire et adaptée aux besoins de l'AIC. Cet aspect ne semble pas avoir été réalisé avec une aussi grande envergure dans les formations recensées.

6.1.5 Formation qui a été évaluée positivement en regard des quatre niveaux d'évaluation

Au terme d'une mise à l'essai auprès de 23 AIC, cette formation a été évaluée positivement en regard des quatre niveaux d'évaluation d'une formation (réaction,

apprentissage, comportement et résultats) nommés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Les moyennes générales attribuées aux modules de formation par les participants AIC se situent entre 3,57 et 3,86 sur 4, signifiant une interprétation positive en regard des quatre niveaux d'évaluation. Effectivement, les participants AIC peu importe leur niveau d'expérience étaient satisfaits de la formation, elle a répondu à leurs attentes, ils modifieront leurs comportements afin d'appliquer dans leur quotidien les apprentissages effectués et ils croient qu'elle leur permettra d'atteindre les résultats envisagés, soit un renforcement de leurs compétences.

Cette formation se distingue de celles existantes, car malgré le fait qu'une mise à l'essai a été réalisée dans certaines d'entre elles, il n'y a qu'une seule formation, soit celle élaborée par Medero et al. (2023) qui a utilisé les quatre niveaux de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) pour évaluer leur formation.

6.1.6 Identification des facteurs qui influencent l'implantation de cette formation

Lors d'une discussion dirigée avec des participants AIC, 59 facteurs qui influencent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé ont été nommés (Jubinville, Tchouaket Nguemeleu, et al., 2024a). Ces derniers permettront aux dirigeants des établissements de soins de santé d'évaluer sur lesquels ils pourront s'appuyer pour implanter la formation, et lesquels devront être contrôlés. Comme le signalent Damschroder et al. (2009), plusieurs interventions considérées comme efficaces dans les recherches ne produisent pas toujours les résultats escomptés. En effet, il importe de

cerner les facteurs qui influencent l'implantation de la formation afin de favoriser une réussite de cette dernière et optimiser ses bénéfices. Ainsi, les formations recensées ne semblent pas avoir identifié des facteurs qui influencent leur implantation.

6.1.7 Formation qui prend en considération l'équité, la diversité et l'inclusion

Enfin, cette formation a été élaborée en tenant compte de l'ÉDI. En effet, l'élaboration a été réalisée en utilisant un langage inclusif, impartial et non genré, à l'exception du terme AIC et infirmière où une note à cet effet a été inscrite au début de la formation. Des images, exemples ou encore des études de cas représentants différent genre, âge et culture ont été intégrés. Il est important de considérer l'ÉDI dans le développement d'une formation, tout comme Alrimawi et al. (2024) l'ont fait dans le développement de leur simulation clinique. En effet, cela permet de créer un environnement inclusif qui accepte les différences multiples de tous (Alrimawi et al., 2024; Shinners, 2021). Ainsi, cette formation se démarque de celles existantes qui n'ont pas mentionné avoir considéré cette notion importante, à savoir l'ÉDI.

En somme, cette étude doctorale a permis de produire des connaissances notables pour la discipline infirmière. En effet, cette formation se démarque grandement de celles existantes par son processus scientifique de développement et de validation en plusieurs étapes. Également, les différents résultats associés à chacune de ces étapes sont notables, sans compter la considération de l'ÉDI dans son élaboration qui a été effectuée.

6.2 L’assistante infirmière-chef et sa contribution politique

Cette étude a permis de mettre en relief l’importance de la place occupée par l’AIC dans les établissements de soins de santé. En effet, les bénéfices d'une AIC qui maîtrise ses compétences tant cliniques qu'administratives sont nombreux. Comme mentionné, une AIC qui exerce optimalement sa fonction peut avoir des impacts positifs notamment sur la satisfaction des usagers (Broussard, 2017; Millard et al., 2024) et des membres de son équipe (Millard et al., 2024; Spiva et al., 2020), mais également sur les coûts de son secteur de soins (Spiva et al., 2020) ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins (Kramer & Davies, 2021; Spiva et al., 2020). Ainsi, il est nécessaire pour l’AIC de prendre la voix politique qui lui revient en participant activement aux décisions cliniques et de gestion propre à son secteur de soins. Sa présence continue dans son secteur, sa connaissance approfondie des besoins des usagers et des membres de son équipe, ainsi que son engagement pour la qualité des soins nécessitent qu'elle puisse partager son point de vue sur ces aspects. Pepin et al. (2024) soulignent que les infirmières possèdent des connaissances susceptibles d’influencer les décisions politiques. D’ailleurs, Wilson et al. (2020) dans leur revue de la littérature dénotent une tendance croissante à l’implication politique des infirmières, les infirmières canadiennes étant particulièrement avancées dans ce domaine. Ainsi, il est nécessaire que l’AIC travaille en étroite collaboration avec son gestionnaire et les dirigeants de son établissement de soins de santé, afin de les influencer d’abord sur les décisions impactant les usagers et les membres de l’équipe, mais également pour qu’une formation soit dispensée systématiquement à l’AIC qui exerce nouvellement sa fonction. Ces derniers seront susceptibles d’octroyer un budget à cet égard. L’AIC

pourra aussi travailler de pair avec eux pour cibler les facteurs qui influencent l'implantation de cette formation, tout comme elle l'a fait dans le cadre de cette étude doctorale. Ainsi, l'AIC doit jouer un rôle clé sur le plan politique en promouvant sa propre discipline et le niveau de préparation requis pour exercer sa fonction.

6.3 Limites de l'étude

Quelques limites sont présentes dans cette étude doctorale. D'abord, pour l'identification des éléments clés à inclure à la formation, la revue de la portée a été réalisée dans quatre bases de données scientifiques en plus de la littérature grise restreinte. Ainsi, la possibilité que certaines publications pertinentes n'aient pas été répertoriées est présente. L'élaboration de la formation a comporté également certaines limites. Premièrement, bien que cette formation aborde une grande diversité en termes de compétences, certaines sous-compétences n'ont pas été abordées. Ces dernières pourront être intégrées dans une formation continue ultérieure. Deuxièmement, cette formation a été rédigée en français uniquement, n'étant ainsi pas accessible dans son état actuel à la population parlant une autre langue. Toutefois, une traduction de cette dernière avec validation transculturelle (Vallerand, 1989) est possible. Finalement, le visuel de cette formation n'a pas été conçu ou révisé par un spécialiste du domaine, tel qu'un graphiste. Cette décision de créer le visuel par l'étudiante-chercheure a été motivée par des considérations financières.

La validation de la formation a été réalisée exclusivement par des experts québécois. Par le fait même, cette formation peut ne pas être applicable en totalité à l'AIC exerçant à l'international ou dans le reste du Canada. Pour qu'elle puisse être exportée et utilisée dans un autre pays, une adaptation devra y être apportée afin qu'elle corresponde aux contextes et réalités spécifiques et une validation transculturelle (Vallerand, 1989) pourra être réalisée.

L'évaluation de la formation par sa mise à l'essai a été réalisée auprès de 23 AIC où la majorité travaillait sur le quart de travail de jour et détenait une expérience considérable (plus de deux ans) en tant qu'AIC. Par conséquent, le nombre limité de répondants, ainsi que la diversité en termes de quart de travail et d'expérience, a restreint la possibilité de réaliser des analyses statistiques approfondies, telles que des comparaisons entre les quatre niveaux d'évaluation d'une formation en fonction du quart de travail et de l'expérience. De plus, l'identification des facteurs qui influencent l'implantation de la formation a été basée uniquement sur la perception des participants AIC, ce qui pourrait ne pas inclure les points de vue d'autres acteurs, tels que les gestionnaires intermédiaires et supérieurs ou les responsables de la formation des établissements de soins de santé. Toutefois, ce choix est justifié par la volonté de se concentrer spécifiquement sur l'opinion de l'AIC. Finalement, les deux étapes de mise en œuvre effectuées dans cette étude par l'intermédiaire d'une mise à l'essai et d'une discussion dirigée ont été réalisées dans un seul établissement de soins de santé (CISSS). Bien que cet établissement partage des caractéristiques et enjeux communs avec d'autres CISSS du Québec, l'inclusion d'établissements universitaires

(CIUSSS), ou d'autres types d'établissements (ni CISSS, ni CIUSSS), tant urbains que ruraux, aurait été bénéfique pour obtenir des perceptions variées et renforcer la validité externe de cette étude. Cette décision de se concentrer sur un seul établissement de soins de santé a été motivée par des considérations de faisabilité pour cette étude.

6.4 Recommandations

En lien avec les résultats de cette étude et les limites susmentionnées, plusieurs recommandations sont formulées en regard à la formation, la clinique, la gestion et la recherche.

6.4.1 Formation

Dans le cadre de la formation académique de l'infirmière, il est recommandé d'intégrer un enseignement approfondi des cinq compétences nécessaires à l'exercice de la fonction d'AIC. En effet, étant donné que de nombreuses infirmières, au cours de leur carrière, seront amenées à assumer une fonction nécessitant des compétences clinico-administratives, telles que celles d'AIC, de chef d'équipe ou de gestionnaire, il est pertinent d'intégrer cet enseignement dès la formation académique des infirmières. Puis, il est recommandé que le visuel de cette formation soit revu par un graphiste qui saura l'améliorer et la rendre plus captivante pour les participants. Finalement, il est suggéré de développer et valider scientifiquement des formations complémentaires portant sur les sous-compétences non couvertes par la formation actuelle ou encore pour approfondir les cinq compétences requises à la fonction d'AIC.

6.4.2 Clinique

Vu l'importance de la fonction d'AIC, il est recommandé de développer un programme d'accueil standardisé pour l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction, soutenu par des lignes directrices émises par les autorités ministérielles. Ce programme devrait être systématiquement offert à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction (qui arrive en poste) et même à celle assumant la fonction en remplacement, au même titre qu'une nouvelle infirmière bénéficie d'un soutien à son arrivée. Cet accueil systématique garantirait un soutien uniforme à l'AIC à travers tous les établissements de soins de santé. Ce programme d'accueil devrait intégrer : la formation développée et validée dans le cadre de cette thèse ou une formation comparable; une orientation standardisée avec une AIC expérimentée, préalablement formée adéquatement, le tout encadré par un guide d'orientation centré sur les compétences à détenir; et un programme de mentorat permettant d'obtenir un accompagnement professionnel. De surcroît, cette formation devrait être offerte également aux AIC plus expérimentées. Ainsi, l'ensemble des AIC, peu importe leur niveau d'expérience, bénéficierait de ces nouvelles connaissances, du rappel de leurs connaissances ou de la mise à jour de leurs connaissances, et détiendrait une base de formation uniforme. Aussi, il est suggéré de développer une communauté de pratique dans chacun des établissements de soins de santé, ou à l'échelle ministérielle, pour permettre un réseautage entre AIC. Cette communauté de pratique permettrait notamment à l'AIC : d'être soutenue dans l'exercice de sa fonction ; de stimuler sa réflexion face à sa fonction et les compétences requises ; et de briser son isolement en discutant de son expérience avec d'autres AIC. De plus, il est essentiel de respecter la

structure de dotation. En particulier, si une infirmière est absente sans remplacement, l'AIC ne devrait pas pallier ce manque en effectuant à la fois ses rôles et responsabilités d'AIC, et ceux de l'infirmière absente. Cela permettrait de maintenir son efficacité dans l'exercice optimal de sa fonction. Enfin, il serait pertinent d'élaborer des outils cliniques pour aider l'AIC à s'approprier pleinement sa fonction et à renforcer ses compétences. À titre d'exemples, un outil pourrait guider l'AIC dans la priorisation, tandis qu'un autre pourrait faciliter la répartition équitable des usagers en fonction de leur acuité de soins et des membres de l'équipe présents dans le secteur de soins. En plus, un guide d'accueil intégrant les coordonnées des personnes à rejoindre selon les besoins ainsi que les liens d'accès aux documents d'encadrement applicables dans son secteur de soins pourraient également être mis à sa disposition.

6.4.3 Gestion

Il est recommandé d'appliquer dans chacun des établissements de soins de santé une description d'emploi ministérielle pour la fonction d'AIC. Cette démarche permettrait de baliser et harmoniser la fonction d'AIC et ainsi réduire grandement l'ambiguïté face à cette dernière. Puis, le processus de sélection d'une AIC devrait suivre des lignes directrices claires et fondées. Par le fait même, une infirmière devrait préalablement être consultée avant d'accepter ce nouveau défi d'assumer la fonction d'AIC. Finalement, il est fortement recommandé que le gestionnaire fournisse un soutien accru à l'AIC. En effet, pour faciliter le transfert des apprentissages de la formation à la pratique, le gestionnaire doit permettre à l'AIC de s'exprimer sur ses besoins, sur ses défis et le type de soutien

qu'elle requiert. Il est également nécessaire que le gestionnaire facilite l'application des nouvelles connaissances et compétences acquises par l'AIC en lui offrant des opportunités concrètes de mise en pratique.

6.4.4 Recherche

En cohérence avec le processus scientifique suivi de développement et de validation d'une formation, différents projets de recherche sont recommandés. Premièrement, une validation des outils complémentaires à la formation (horaire détaillé de la formation, guide du formateur, guide du participant et journal de bord) devra être réalisée par l'intermédiaire d'une méthode Delphi. Ensuite, une discussion dirigée ou encore un *focus group* pourra être mené auprès d'acteurs divers, dont des gestionnaires intermédiaires et supérieurs ainsi que des responsables de la formation dans les établissements de soins de santé, afin de cibler les facteurs qui influencent l'implantation de cette formation dans les établissements de soins de santé. Leurs perceptions, combinées à celle des participants AIC, permettront d'obtenir un bilan global des facteurs à considérer. Puis, les étapes subséquentes du cadre KTA pour finaliser la mise en œuvre de cette formation pourront s'effectuer dans une recherche future, soit : déterminer la stratégie à employer pour procéder à l'implantation de cette formation et l'implanter; monitorer l'utilisation des connaissances effectuées à travers cette formation; évaluer les résultats liés à cette implantation; et soutenir sa pérennité. Finalement, une étude ayant comme objectif de traduire la formation et les outils complémentaires dans une version autre que le français, en plus de procéder à une validation transculturelle, pourrait être menée.

6.5 Transférabilité de la formation

Afin que cette formation soit accessible dans les établissements de soins de santé du Québec, ainsi qu'à travers le Canada et à l'international, quelques recommandations concernant sa transférabilité sont proposées. D'abord, il est pertinent de rédiger plusieurs articles scientifiques décrivant ce projet de recherche. D'ailleurs, trois articles sont inclus à cette thèse doctorale, décrivant chacun une approche méthodologique utilisée dans l'étude. Un article supplémentaire en anglais pourrait être rédigé et soumis à une revue scientifique internationale. Cet article pourrait décrire en profondeur la formation, son contenu, les stratégies pédagogiques employées et les résultats globaux obtenus dans le cadre de cette thèse. Cela permettrait de faire connaître la formation au sein de la communauté scientifique et clinique. Dans le même sens, présenter cette formation lors de congrès et colloques provinciaux, nationaux et internationaux contribuerait à la faire connaître à divers publics. Au niveau québécois, une présentation de ce projet de recherche à l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) ainsi qu'à la table nationale des Directeurs et directrices des soins infirmiers permettrait aux différents paliers de gestion des établissements de soins de santé de découvrir la formation. Au niveau national et international, l'étudiante-chercheure pourrait collaborer à divers projets de recherche avec des partenaires variés pour promouvoir davantage sa formation.

Finalement, cette formation est transférable dans les différentes régions administratives du Québec, y compris dans le Nord-du-Québec, où la fonction d'AIC est

similaire à celle du reste du Québec. Toutefois, une dimension de sécurisation culturelle pourrait y être intégrée. Pour les autres provinces du Canada et à l'international, la formation développée dans le cadre de cette thèse pourra également être transférée, mais nécessitera une adaptation au contexte local et à la langue.

Ce chapitre a permis de procéder à un bilan des principaux résultats de cette étude, dont le développement et la validation de la formation ayant suivi un processus scientifique. La contribution politique de l'AIC, qui englobe à la fois son implication dans les décisions cliniques et administratives de son secteur de soins et l'influence sur le soutien octroyé à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction a été présentée. Quelques limites de cette étude ont été explicitées et plusieurs recommandations pour la formation, la clinique, la gestion et la recherche ont été émises, sans oublier des pistes à suivre pour permettre une transférabilité de cette formation dans le reste de Canada et à l'international.

Chapitre 7 : Conclusion

Cette étude doctorale a permis le développement et la validation d'une formation standardisée, en soutien au renforcement des compétences en gestion clinico-administrative de l'AIC. L'objectif général et les objectifs spécifiques de cette thèse ont été répondus grâce à une combinaison du cadre méthodologique « Processus de développement et de validation d'une formation », du modèle conceptuel « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef », et d'une méthode de recherche mixte à devis convergent, avec devis de type recherche de développement, incluant trois approches distinctes. D'abord, à partir d'une revue de la portée qui a permis d'identifier les éléments clés à l'opérationnalisation et au renforcement des compétences requises à l'AIC, la formation a été élaborée. Puis, à partir d'une méthode Delphi en deux tours, elle a été validée empiriquement à l'aide d'experts AIC et non AIC, par l'évaluation de la validité de contenu et de la fiabilité. Ensuite, par une approche participative, la mise en œuvre de cette formation a été amorcée par l'évaluation de sa pertinence selon quatre niveaux, par des participants AIC lors de sa mise à l'essai et par l'identification de facteurs qui influencent son implantation dans les établissements de soins de santé lors d'une discussion dirigée. En somme, un processus scientifique a été suivi pour permettre de développer et valider une formation, appuyé par un modèle conceptuel qui a permis d'identifier ce qui doit être pris en compte dans l'élaboration de la formation.

Une formation développée et validée empiriquement, standardisée, qui est adaptée aux besoins de l'AIC, mais également au contexte actuel dans lequel elle œuvre, qui intègre les quatre mécanismes nécessaires pour favoriser une compréhension et une

maîtrise de la fonction d'AIC et qui considère l'ÉDI a été créée. En plus, les facteurs facilitants et contraignants son implantation dans les établissements de soins de santé ont été énoncés, permettant de soutenir les gestionnaires à cibler les leviers sur lesquels s'appuyer, mais également ceux à contrôler et à considérer. Cette étude permet de combler un vide actuel dans la littérature où une formation répondant à l'ensemble de ces aspects n'était pas disponible. Par la dispensation de cette formation, il est envisageable de penser que les compétences de l'AIC seront renforcées, lui permettant d'exercer optimalement sa fonction et d'impacter positivement sa propre fonction, mais également son secteur de soins et plus globalement, son établissement de soins de santé.

Finalement, les résultats de cette thèse, ainsi que les recommandations formulées concernant la formation, la clinique, la gestion et la recherche peuvent servir de source d'inspiration précieuse pour les différents acteurs impliqués dans la sphère de l'AIC, y compris les enseignants en milieu académique, les responsables de la formation dans les établissements de soins de santé, les cliniciens, les gestionnaires ainsi que les chercheurs. Ensemble, ces éléments permettront une avancée des connaissances sur l'AIC, une amélioration de sa pratique et de sa formation, ainsi qu'un impact notable sur la qualité et la sécurité des soins dispensés aux usagers.

Références

Abel, S. E., Hall, M., Swartz, M. J., & Madigan, E. A. (2020). Empowerment of front-line leaders in an online learning, certificate programme. *Journal of Nursing Management, 28*(2), 359-367. https://doi.org/10.1111/jonm.12933

Admi, H., & Eilon-Moshe, Y. (2016). Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *International Journal Of Nursing Studies, 63*, 48-57. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.005

Alrimawi, I., El-Banna, M. M., O'Reilly, C., & Muhammad, K. (2024). Integrating diversity, equity, and inclusion in nursing simulation and clinical. *Teaching and Learning in Nursing, 19*(2), e439-e443. https://doi.org/10.1016/j.teln.2024.01.010

Andronico, J., Getting, C., Hughes, C. H., & Ciccolini, K. (2019). Developing and Standardizing an Orientation for Outpatient Charge Nurses. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 50*(11), 517-521. https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-08

Arzoomanian, D., & Keys, A. (2008). ED Charge Nurse Workshop: queen for a day: one hospital's answer to orienting nurses to the charge role. *Journal of emergency nursing, 34*(4), 373-374. https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.04.012

Assid, P. A. (2010). How to build an ED charge nurse training program. *Nursing Management, 41*(10), 49-51. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000388300.62352.d5

Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux. (2019). *Mémoire de l'AGESSS portant sur le projet de loi no 7 : Loi concernant certaines conditions de travail applicables aux cadres du réseau de la santé et des services sociaux*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=107338

Association Patronale des Services Hospitaliers de Québec Inc. et Le Syndicat Professionnel des Infirmières Catholiques de la Province de Québec. (1961). Convention collective professionnelle - Section du diocèse de Québec - 1961 à 1963.

Ayed, T. L., Hajlaoui, R. H., Ayed, A. H., & Badr, O. M. (2015). Necessity of changing modes of the traditional hospital governance. *Journal of Advanced Management Science, 3*(1). https://doi.org/10.12720/joams.3.1.60-66

Bai, Y., Li, J., Bai, Y., Ma, W., Yang, X., & Ma, F. (2018). Development and validation of a questionnaire to evaluate the factors influencing training transfer among nursing professionals. *BMC Health Services Research, 18*, 107. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2910-7

Balachandran, R. (2015). *A study to determine the managerial and supervisory competencies of ward sisters with a view to develop and evaluate an in-service education programme in a selected Government Hospital of Delhi* [Thèse de doctorat inédite, Rajiv Gandhi University of Health Sciences]. India.

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology, 41*(1), 63-105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Ballard, A., Khadra, C., Le May, S., & Gendron, S. (2016). Différentes traditions philosophiques pour le développement des connaissances en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers, 124*, 8-18. https://doi.org/10.3917/rsi.124.0008

Bambao, J. R. (2017). *Needs Assessment for the Development of a Charge Nurse Program at One Tertiary Academic Teaching Hospital* [Mémoire de maîtrise inédit, University of California, Davis]. CA.

Bateman, J. M., & King, S. (2020). Charge nurse leadership training comparison: effective and timely delivery. *Pediatric Nursing, 46*(4), 189-195.

Beogo, I., Sia, D., Collin, S., Phaelle Gedeon , A., Louismé, M., Ramdé, J., Gagnon, M., & Tchouaket Nguemeleu, E. (2023). Strengthening Social Capital to Address Isolation and Loneliness in Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Research on Information and Communication Technologies. *JMIR Aging, 6*(1), e46753. https://doi.org/10.2196/46753

Bérubé, A.-A. (2016). *Complémentarité des rôles des infirmières-chefs d'unité et de leurs assistantes pour assurer des soins sécuritaires et de qualité* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/58cba38b-509e-4bb1-a9bd-6d43ae0ce8ce/content

Bhatia, M., Stewart, A. E., Wallace, A., Kumar, A., & Malhotra, A. (2021). Evaluation of an in-situ neonatal resuscitation simulation program using the New World Kirkpatrick Model. *Clinical Simulation in Nursing, 50*, 27-37. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.09.006

Booto Ekionea, J. B., Bernard, P., & Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives, 29*(3), 168-192. https://doi.org/10.7202/1085878ar

Bouteiller, V. (2014). Épistémologie, ontologie et méthologie des relations internationales. *Les yeux du monde*. https://les-yeux-du-monde.fr/ressources/18480-epistemologie-ontologie-methodologie

Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisations des Soins, 39*(3), 167-173. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9641/Introduction_a_la_gouvernance_clinique.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Broussard, K. (2017). *Development of a Transformational, Relationship-Based Charge Nurse Program* [Thèse de doctorat inédite, Walden University]. MI. https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5082&context=dissertations

Brousseau, S. (2019). *Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*. Éditions JFD.

Bush, K., & Kelly, F. (2002). Back to school. *The Health service journal, 112*(5833), 27-29.

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers, 125*(2), 20-31. https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020

Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamps, J., Casimir, M., Gagnon, L., Gauvin-Lepage, J., Girard, F., Larue, C., Lefebvre, H., Le May, S., Létourneau, D., Mathieu, C., & Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM - Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf

Cartel des Organismes Professionnels de la Santé Inc. (1975). Convention collective du travail - 1975-1978.

Cathro, H. (2016). Navigating Through Chaos: Charge Nurses and Patient Safety. *The Journal Of Nursing Administration, 46*(4), 208-214. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000326

CISSS des Laurentides. (2018). *L'assistante infirmière-chef en complémentarité avec son gestionnaire, contenu de formation.*

CISSS du-Bas-St-Laurent. (n.d.). *Programme de développement des compétences des infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat, contenu de formation.*

Clark, T. J., & Yoder-Wise, P. S. (2015). Enhancing Trifocal Leadership Practices Using Simulation in a Pediatric Charge Nurse Orientation Program. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 46*(7), 311-317. https://doi.org/10.3928/00220124-20150619-02

Connelly, L. M., Nabarrete, S. R., & Smith, K. K. (2003). A charge nurse workshop based on research. *Journal for Nurses in Staff Development, 19*(4), 203-208.

Connelly, L. M., Yoder, L. H., & Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *MEDSURG Nursing, 12*(5), 298-306.

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. https://www.pre.ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html

Costa, T. F. O., Moreno Poyato, A. R., Sampaio, F. M. C., Lluch Canut, M. T., & Sequeira, C. A. d. C. (2023). Nurses' promotion of Mental Health First Aid Training Programmes for upper secondary students: a modified Delphi approach. *BMC nursing, 22*(1), 91. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01255-3

Coventry, T. H., Maslin-Prothero, S. E., & Smith, G. (2015). Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: an integrative review. *Journal of advanced nursing, 71*(12), 2715-2727. https://doi.org/10.1111/jan.12724

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3e ed.). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches* (4e ed.). SAGE Publications.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated consolidated framework for implementation research based on user feedback. *Implementation Science, 17*(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

Daoust, M.-K. (2013). La neutralité axiologique, une exigence épistémologique ou éthique? *Cahiers d'Ithaque*. http://revueithaque.org/fichiers/cahiers/Litalien.pdf

Debout, C. (2011). Introduction to epistemology in nursing sciences. *Soins*(752), 59-62.

Delamater, L., & Hall, N. (2018). Charge nurse development: What does the literature say? *Nursing Management, 49*(7), 34-40. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000538914.53159.fc

Desjourdy, A. (2009). Les réformes de santé en Suède: quelles leçons pour le Québec. *Cahiers de recherche en politique appliquée, II, 3*, 17-51. https://www.usherbrooke.ca/politique-appliquee/fileadmin/sites/flsh/politique/documents/cahiers/Vol2-no3-article2.pdf

Dillard-Henderson, C. G. (2018). *Exploring the lived experiences of charge nurse leaders: a qualitative interpretive phenomenological study* [Dissertation de doctorat inédite, University of Phoenix]. AZ.

Doherty, D. P., Revell, S. M. H., McCurry, M., & Asselin, M. E. (2022). Exploring the charge nurse role transition: a qualitative study of the novice's perspective. *Journal For Nurses In Professional Development, 38*(4), 196-205. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000780

Dols, J. D., Ramirez, M. N., Hernandez, A. D., Allen, D., Kloewer, T., & Aguillon, V. (2021). Impact of evidence-based charge nurse education on charge nurse skills and nurse-specific metrics. *The Journal Of Nursing Administration, 51*(12), 630-637. https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001086

Dubois, D. (2023). *La signification expérientielle des conditions de travail telles que vécues par les gestionnaires infirmiers de premier niveau oeuvrant en milieu de soins après la dernière fusion du réseau de la santé québécois* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec en Outaouais]. QC. https://di.uqo.ca/id/eprint/1588/

Duygulu, S., & Kublay, G. (2011). Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of advanced nursing, 67*(3), 633-642. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05507.x

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science, 1*(1), 1-3. https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1

Éditeur officiel du Québec. (2024). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/o-7.2

Eggenberger, T. L. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting* [Dissertation de doctorat inédite, Florida Atlantic University]. FL. https://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A3628

Enterkin, J., Robb, E., & McLaren, S. (2012). Clinical leadership for high-quality care: developing future ward leaders. *Journal Of Nursing Management, 21*(2), 206-216. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01408.x

Escrig-Pinol, A., Hempinstall, M., & McGilton, K. S. (2019). Unpacking the multiple dimensions and levels of responsibility of the charge nurse role in long-term care facilities. *International Journal of Older People Nursing, 14*(4), e12259. https://doi.org/10.1111/opn.12259

Fédération de la santé et des services sociaux - CSN. (2023). *Foire aux questions sur la grève*. https://fsss.qc.ca/foire-aux-questions-greve/#:~:text=Les%20130%20000%20membres%20de,pour%20faire%20d

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021a). *Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi, convention collective*. https://spsca.org/wp-content/uploads/2021/11/Echelles-salariales-2021-2023_FR.pdf

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2021b). *Salary scales and list of job titles, Collective Agreement*. https://affilies.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_en.pdf?download=1

Ferland-Jamali, E. (2015). *Building charge nurse leadership programs: A toolkit for emergency departments* [Thèse de maîtrise inédite, University of California, Davis]. FL.

Finical, G. (2021). *Assistant Nurse Managers Connecting and Engaging with Professional Peer Networks* [Mémoire de maîtrise inédite, University of California, Davis]. CA.

Firth, K. (2002). Ward leadership: balancing the clinical and managerial roles. *Professional Nurse 17*(8), 486-489.

Flynn, J. P., Prufeta, P. A., & Minghillo-Lipari, L. (2010). Cultivating Quality: An Evidence-Based Approach to Taking Charge. *American Journal of Nursing, 110*(9), 58-63. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000388268.65499.bc

Ford, J. K. (2021). *Learning in organizations: An evidence-based approach*. Routledge.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e ed.). Chenelière éducation.

Framarin, A., & Déry, V. (2021). *Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf

Gagnon, M., & Hébert, D. (2000). *En quête de science : introduction à l'épistémologie*. Fides.

Gascon, H., & Germain, M. P. (2017). La recherche-développement, une méthode centrée sur l'élaboration d'un produit. In P. Beaupré, R. Laroui, & M.-H. Hébert (Eds.), *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche. Freins et leviers* (pp. 121-134). Presses de l'Université du Québec.

Ghahari, S., Burnett, S., & Alexander, L. (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC Health Services Research, 20*(1), 321. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05180-y

Girard-Bossé, A. (2023). Grève dans le réseau de la santé « On est tous prêts pour un long combat ». *La Presse*. https://lp.ca/s2h0eD?sharing=true

Gouvernement du Canada. (2016). *Résolution de problèmes*. Retrieved Août 2024 from https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-a-arc/renseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/resolution-problemes.html

Gouvernement du Québec. (2017). *Glossaire - Définitions de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*. Retrieved Août 2024 from https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf

Gouvernement du Québec. (2023a). *Plan stratégique 2023-2027 Ministère de la santé et des services sociaux*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf

Gouvernement du Québec. (2023b). *Structure organisationnelle*. Retrieved Août 2024 from https://www.boiteoutilsrh.gouv.qc.ca/strategies-organisationnelles-et-de-gestion-des-ressources-humaines/strategies-organisationnelles/structure-organisationnelle/

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26*(1), 13-24. https://doi.org/10.1002/chp.47

Graves, J. L., & Reichert, G. A. (2015). Implementation of a Formal Charge Nurse Leadership Development Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 44*, S37-38. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12718

Gray, J., & Grove, S. K. (2021). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9e ed.). Elsevier.

Grégoire, M., & Labrecque, J. (2020). L'assistante infirmière-chef aux urgences, les quatre volets essentiels à son rôle et à sa pratique professionnelle. *Perspective Infirmière, 17*(3), 50-54. https://www.oiiq.org/w/perspective-infirmiere/revue-PI-vol17-no3.pdf#page=50

Hata, R. (2019). *Charge nurse development strategies in an acute care hospital* [Thèse inédite de doctorat, University oh Hawai'i]. MI.

Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective? In É. Heurgon & J. Landrieu (Eds.), *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Édition de l'Aube.

Hinkle, M. T., & Hinkle, B. J. (1977a). Priorities of the charge nurse... part 1. *Supervisor nurse, 8*, 47-49.

Hinkle, M. T., & Hinkle, B. J. (1977b). Priorities of the charge nurse... part 2. *Supervisor nurse, 8*, 41-45.

Holmgren, C., Jussèn, S., Hagiwara, M. A., & Rådestad, M. (2022). Charge nurses' perceived experience in managing daily work and major incidents in emergency departments: a qualitative study. *Australasian Emergency Care, 25*(4), 296-301. https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.02.003

Homer, R., & Ryan, L. (2013). Making the grade: Charge nurse education improves job performance. *Nursing Management, 44*(3), 38-44. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000427183.65177.76

Husebø, S. E., & Olsen, Ø. E. (2019). Actual clinical leadership: a shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 27*(2). https://doi.org/10.1186/s13049-018-0581-3

Hynes, P., Mintenko, J., Porchak, T., & Roy, G. (2005). Developing leadership skills in critical care nurses: a case scenario - part one. *Dynamics, 16*(4), 13-14.

Jackson, C. B., Brabson, L. A., Quetsch, L. B., & Herschell, A. D. (2019). Training transfer: a systematic review of the impact of inner setting factors. *Advances in Health Sciences Education, 24*, 167-183. https://doi.org/10.1007/s10459-018-9837-y

Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., Sirett, E., Wong, G., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D., Green, L. W., & Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice. *Milbank Quarterly, 90*(2), 311-346. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., & Robins, S. (2024). *Supporting charge nurses through training: A narrative review* [Manuscrit soumis pour publication].

Jubinville, M., Longpré, C., Tchouaket Nguemeleu, É., Robins, S., El-Mousawi, F., Bélanger, E., Kruglova, K., Sia, D., & Beogo, I. (2025). Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée [Manuscrit accepté pour publication]. *Avancées en formation infirmière/ Quality Advancement in Nursing Education*.

Jubinville, M., Tchouaket, E. N., & Longpré, C. (2023). Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ open, 13*(2), e067307. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307

Jubinville, M., Tchouaket Nguemeleu, É., & Longpré, C. (2024a). *La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative* [Manuscrit soumis pour publication].

Jubinville, M., Tchouaket Nguemeleu, É., & Longpré, C. (2024b). *Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi* [Manuscrit soumis pour publication].

Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative medicine, 31*(8), 684-706. https://doi.org/10.1177/0269216317690685

Kennedy, K., Leclerc, L., & Campis, S. (2022). *Human-Centered Leadership in Healthcare: Evolution of a Revolution*. Morgan James Publishing.

Keter, D., Griswold, D., Learman, K., & Cook, C. (2023). Priorities in updating training paradigms in orthopedic manual therapy: an international Delphi study. *Journal of Education Evaluation for Health Professions, 20*, 4. https://doi.org/10.3352/jeehp.2023.20.4

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. ATD Press.

Kramer, M., & Davies, C. C. (2021). A charge nurse orientation and development program: an evaluation. *Journal For Nurses In Professional Development, 37*(5), 268-277. https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000765

Krugman, M., & Smith, V. (2003). Charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of Nursing Administration, 33*(5), 284-292. https://journals.lww.com/jonajournal/abstract/2003/05000/charge_nurse_leadership_development_and_evaluation.4.aspx

Kuraoka, Y. (2019). The Relationship Between Experiential Learning and Nursing Management Competency. *The Journal Of Nursing Administration, 49*(2), 99-104. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000717

Lawrence, N., & Richardson, J. (2014). To explore and understand the leadership experiences of modern matrons, within an acute NHS Trust. *Journal Of Nursing Management, 22*(1), 70-79. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01432.x

Le Boterf, G. (2018). *Développer et mettre en oeuvre la compétence, comment investir dans le professionalisme et les compétences*. Eyrolles.

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. (1989). Convention collective - 1989 à 1991.

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. (1996). Convention collective - 1996 à 1998.

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. (mis à jour 2004). Convention collective - 2000-2002.

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers. (1987). Convention collective - 1987 à 1988.

Le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales et la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers. (1983). Convention collective - 1983 à 1985.

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Létourneau, J., Bélanger, É., Sia, D., Beogo, I., Robins, S., Kruglova, K., Jubinville, M., & Nguemeleu Tchouakt, É. (2022). Identifying performance factors of long-term care facilities in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review protocol. *Systematic Reviews, 11*(203), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02069-1

Lindfors, K., Meretoja, R., Kaunonen, M., & Paavilainen, E. (2018). Preceptors' perceptions of the elements of a successful and an unsuccessful orientation period for newly graduated nurses. *Journal Of Nursing Management, 26*(3), 256-262. https://doi.org/10.1111/jonm.12541

Loiselle, J., & Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives, 27*(1), 40-59. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(1)/loiselle.pdf

Longo, J., Cassidy, L., & Sherman, R. (2016). Charge Nurses' Experiences With Horizontal Violence: Implications for Leadership Development. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 47*(11), 493-499. https://doi.org/10.3928/00220124-20161017-07

Ma, F., Bai, Y., Bai, Y., Ma, W., Yang, X., & Li, J. (2018). Factors influencing training transfer in nursing profession: a qualitative study. *BMC medical education, 18*, 44. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1149-7

Magnin, E. (2024). *Concevoir une formation Neuroscience, pédagogie et numérique : pour assurer en animant* (4e ed.). GERESO.

Maillet, L. (2014). *L'adaptation des services de santé à l'égard de personnes migrantes: Cas des services infirmiers en première ligne* [Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal]. QC. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11832

Marchand, J. S. (2017). *La structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec* [Thèse de doctorat inédite, École nationale d'administration publique]. QC. https://espace.enap.ca/id/eprint/160/

Marriott, J., & Mable, A. L. (2002). *Aperçu des progrès et des possibilités concernant l'intégration du système de santé au Canada*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/apercu-progres-possibilites-concernant-integration-systeme-sante-canada.html

Maryniak, K. D. (2013). Development of training for frontline nurse leaders: from assessment to results. *Journal For Nurses In Professional Development, 29*(1), 16-18. https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31827d0ac2

Mazaniello-Chézol, M., & Corbière, M. (2020). Chapitre 11 : L'examen de la portée (scoping review/study) Synthèse des rôles et actions des acteurs impliqués dans le retour au travail des employés en absence maladie due à un trouble mental courant. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2e ed.). Presses de l'Université du Québec.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5e ed.). Wolters Kluwer.

Medero, K., Goers, J., & Makic, M. B. F. (2023). Evaluation of a charge nurse leadership development program. *Nursing Management, 54*(7), 22-30. https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000032

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (4e ed.). SAGE.

Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne, 11*(1), 1-10. https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10_001.pdf

Millard, A. J., Kester, K. M., Parker, P., Pena, H., Thompson, J., & Granger, B. B. (2024). Improving Nurse Manager Decision-Making and Healthy Work Environment Through Use of a Standardized Process for Charge Nurse Selection. *Nurse Leader*. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.05.005

Moreau, K. A. (2017). Has the new Kirkpatrick generation built a better hammer for our evaluation toolbox? *Medical teacher, 39*(9), 999-1001. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1337874

Morris, J. (2019). *Charge nurses: undereducated and underprepared* [Thèse de maîtrise inédite, University of Nevada, Reno]. NV. https://scholarwolf.unr.edu/items/a630d948-c2d6-40da-8a7c-34cfe1075606

Mosier, S., Sisk, B., Lindquist, P., Grams, L., Rudd, D., & Englebright, J. (2019). Investing in the Front Line: Preparing the Best Nursing Leaders for the Next Generation. *Nurse Leader, 17*(4), 331-334. https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.04.005

Müller, M., Jürgens, J., Redaèlli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open, 8*(8), e022202. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science, 10*(1), 53. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0

Normand, L. (2024, 9 septembre). Effectif assistante infirmière-chef, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Courriel reçu*.

Normand, L., Black, D., Baldwin, K. M., & Crenshaw, J. T. (2014). Redefining 'charge nurse' within the front line. *Nursing Management, 45*(9), 49-53. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000453274.96005.35

Office québécois de la langue française. (2001). *Communication dans le grand dictionnaire terminologique*. Retrieved Août 2024 from https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8368919/communication

Office québécois de la langue française. (2020). *Mentorat dans le grand dictionnaire terminologique*. Retrieved août 2024 from https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8361091/mentorat

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(210). https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Palier, B. (2021). Chapitre IV. Les réformes des systèmes de santé. In *Les réformes des systèmes de santé* (Vol. 9, pp. 68-90). Presses Universitaires de France.

Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5e ed.). Chenelière éducation.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Reviewer's Manual, JBI*. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Phillips, A. C., Lewis, L. K., McEvoy, M. P., Galipeau, J., Glasziou, P., Moher, D., Tilson, J. K., & Williams, M. T. (2016). Development and validation of the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET). *BMC medical education, 16*, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12909-016-0759-1

Pitkänen, A., Kuronen, M., Pukuri, T., & Välimäki, M. (2004). Developing nurses' capabilities to deputize for ward sisters. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(2), 235-239. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00670.x

Platt, J. F., & Foster, D. (2008). Revitalizing the charge nurse role through a bespoke development programme. *Journal Of Nursing Management, 16*(7), 853-857. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00939.x

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au coeur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11e ed.). Wolters Kluwer.

Pryby, F. (2016). *Improving the Charge Nurse's Leadership Role: A Collaborative Learning Forum* [Thèse inédite de doctorat, Walden University]. MN. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2457/

Rankin, J., McGuire, C., Matthews, L., Russell, M., & Ray, D. (2016). Facilitators and barriers to the increased supervisory role of senior charge nurses: a qualitative study. *Journal of Nursing Management, 24*(3), 366-375. https://doi.org/10.1111/jonm.12330

Rivard, P., & Lauzier, M. (2024). *La gestion de la formation et du développement des ressources humaines : pour préserver et accroître le capital compétence de l'organisation* (3e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Roussel, J.-F. (2011). *Gérer la formation, viser le transfert : repères théoriques, outils pratiques*. Guérin, éditeur ltée.

Rousselot, N., Tombrey, T., Zongo, D., Mouillet, E., Joseph, J.-P., Gay, B., & Salmi, L. R. (2018). Development and pilot testing of a tool to assess evidence-based practice skills among French general practitioners. *BMC medical education, 18*(1), 254. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1368-y

Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4e ed.). SAGE.

Schultz, P. R., & Meleis, A. I. (1988). Nursing epistemology: traditions, insights, questions. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 20*(4), 217-221. https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00080.x

Schwarzkopf, R., Sherman, R. O., & Kiger, A. J. (2012). Taking charge: Front-line nurse leadership development. *Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(4), 154-159.

Scott, A., & Timmons, S. (2017). Tensions within management roles in healthcare organisations. *Nursing Management, 24*(1), 31-37. https://doi.org/10.7748/nm.2017.e1569

Sheets, B. (2015). *Charge Nurse Fellowship* [Thèse inédite de doctorat, Carlow University]. PA.

Sherman, R. O. (2005). Don't forget our charge nurses. *Nursing Economic$, 23*(3), 125-143.

Sherman, R. O., & Eggenberger, T. (2009). Taking charge: What every charge nurse needs to know. *Nurses First, 2*(4), 6-10. https://www.researchgate.net/profile/Rose-Sherman/publication/235636671_Sherman_R_Eggenberger_T_2009_Taking_charge_What_every_charge_nurse_needs_to_know_Nurses_First_24_6-10/links/09e415122538d51463000000/Sherman-R-Eggenberger-T-2009-Taking-charge-What-every-charge-nurse-needs-to-know-Nurses-First-24-6-10.pdf#page=6

Sherman, R. O., Schwarzkopf, R., & Kiger, A. J. (2011). Charge nurse perspectives on frontline leadership in acute care environments. *International Scholarly Research*

Network Nursing, 2011, 164052-164052. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236392/

Shinners, J. (2021). Diversity, Equity, and Inclusion: A Call to Action. *Journal Of Continuing Education In Nursing, 52*(2), 57-60. https://doi.org/10.3928/00220124-20210114-02

Shupe, R. (2015). *Improving Front Line Leaders Through Front Line Leader Educational Boot Camp* [Thèse de doctorat inédite, Indiana Wesleyan University]. IN.

Singhal, S., Hosking, I., Ward, J., & Boyle, A. A. (2021). A Qualitative Study: What Do Nurses in Charge in Emergency Departments Do? *Cureus, 13*(9), e17912. https://doi.org/10.7759/cureus.17912

Smolen, P., Zhang, Y., & Byrne, J. H. (2016). The right time to learn: mechanisms and optimization of spaced learning. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(2), 77-88. https://doi.org/10.1038/nrn.2015.18

Southlake Regional Health Centre. (2021). *Charge nurse Orientation toolkit*. https://www.ppno.ca/wp-content/uploads/2021/10/Charge-Nurse-Orientation-Toolkit-2021.pdf

Spencer, C., Al-Sadoon, T., & Hemmings, L. (2014). The transition from staff nurse to ward leader. *Nursing Times, 110*(41), 12-14.

Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *Journal of Nursing Administration, 50*(2), 95-103. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000848

Spranger, J., Homberg, A., Sonnberger, M., & Niederberger, M. (2022). Reporting guidelines for Delphi techniques in health sciences: A methodological review. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 172*, 1-11. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.025

Stoddart, K., Bugge, C., Shepherd, A., & Farquharson, B. (2014). The new clinical leadership role of senior charge nurses: a mixed methods study of their views and experience. *Journal Of Nursing Management, 22*(1), 49-59. https://doi.org/10.1111/jonm.12008

Sweller, J., van Merrienboer, J. J. G., & Paas, F. G. W. C. (1998). Cognitive Architecture and Instructional Design. *Educational Psychology Review, 10*(3), 251-296.

Swihart, D., & Gantt, K. J. (2015). *The Charge Nurse Leader Program Builder : A Competency-Based Approach for Developing Frontline Leaders* [Book]. HCPro, a division of BLR.

Syndicats affiliés à la Fédération nationale des services inc. (1969). Convention collective de travail - 1969 à 1971.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences - Documenter le parcours de développement*. Chenelière éducation.

Tchouaket Nguemeleu, E., Boivin, S., Robins, S., Sia, D., Kilpatrick, K., Brousseau, S., Dubreuil, B., Larouche, C., & Parisien, N. (2020). Development and validation of a time and motion guide to assess the costs of prevention and control interventions for nosocomial infections: A Delphi method among experts. *PloS one, 15*(11), e0242212. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242212

Teran, N., & Webb, P. J. (2016). The positive impact of formalized charge nurse training. *Nursing Management, 47*(11), 50-54. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000502810.52671.aa

Thomas, C. (2016). *Transformational Leadership as a Means of Improving Patient Care and Nursing Retention* [Thèse de doctorat inédite, Walden University]. MN. https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2462/

Thomas, P. L. (2012). Charge nurses as front-line leaders: development through transformative learning. *Journal of Continuing Education in Nursing, 43*(2), 67-74. https://doi.org/10.3928/00220124-20111003-05

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, O. z., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Turmel Courchesne, A.-M. (2015). *Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu hospitalier: une étude descriptive* [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/77ed4040-943e-4aa0-8983-aa39b6ff1e63

Turoff, M. (2002). The Policy Delphi. *Technological Forecasting, 2*, 80-96. https://www.researchgate.net/publication/265086472_The_Policy_Delphi

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 30*(4), 662-680. https://doi.org/10.1037/h0079856

Vaughn, L. M., & Jacquez, F. (2020). Participatory research methods–choice points in the research process. *Journal of Participatory Research Methods, 1*(1). https://doi.org/10.35844/001c.13244

Walker, R., Bennett, C., Kumar, A., Adamski, M., Blumfield, M., Mazza, D., & Truby, H. (2019). Evaluating Online Continuing Professional Development Regarding Weight Management for Pregnancy Using the New World Kirkpatrick Model. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 39*(3), 210-217. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000261

Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of advanced nursing, 53*(4), 459-469. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x

Weber, M. (1965). *Essais sur la théorie de la science* (J. Freund, Trans.). Plon.

Westcott, L. (2016). How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *Journal of clinical nursing, 25*(17/18), 2669-2677. https://doi.org/10.1111/jocn.13315

Wheeler, M. S. (2021). *Exploring the Charge Nurse Role in the Inpatient Psychiatric Unit* [Thèse de maîtrise inédite, University of California, Davis]. CA. https://escholarship.org/uc/item/35f305tr

White, B. S., & Branch, R. M. (2001). Systematic Pilot Testing as a Step in the Instructional Design Process of Corporate Training and Development. *Performance Improvement Quarterly, 14*(3), 75-94. https://doi.org/10.1111/j.1937-8327.2001.tb00219.x

Wilson, D. M., Anafi, F., Kusi-Appiah, E., Darko, E. M., Deck, K., & Errasti-Ibarrondo, B. (2020). Determining if nurses are involved in political action or politics: A scoping literature review. *Applied Nursing Research, 54*. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151279

Wolf, L., Delao, A., Simon, C., Clark, P., & Burchill, C. N. (2024). Ensuring throughput: development and validation of charge nurse competencies for united states emergency care settings. *Journal of emergency nursing, 50*(4), 523-536. https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.02.009

Wolf, L., Perhats, C., Delao, A., Burchill, C. N., Clark, P., Callihan, M., Edwards, C., Frisch, S., Moon, M., & Strout, T. (2022). Role and Training of Emergency Department Charge Nurses: A Mixed Methods Analysis of Processes, Needs, and Expectations. *Journal of emergency nursing, 48*(4), 390-405. https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.009

Yaghobian, M., Navipour, H., & Vanaki, Z. (2020). Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 70*(7), 1225-1231. https://doi.org/10.5455/jpma.38686

Yee, L. F., & Swillum, J. (2003). Preparing ED nurses to function as charge nurses with an 8-hour class and preceptor support: a successful UCSD program. *Journal of emergency nursing, 29*(6), 528-532. https://doi.org/10.1016/j.jen.2003.08.001

Yeung, J., Djarv, T., Hsieh, M. J., Sawyer, T., Lockey, A., Finn, J., & Greif, R. (2020). Spaced learning versus massed learning in resuscitation - A systematic review. *Resuscitation, 156*, 61-71. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.08.132

Yoder-Wise, P. S., Waddell, J., & Walton, N. (2020). *Leading and Managing in Canadian Nursing* (2e ed.). Elsevier Health Sciences.

Appendice A : Stratégies de recherche – Recension des écrit

CINHAL

Numéro	Requêtes	Résultats
1	(MM "Charge Nurses")	99
2	TI ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager)) OR AB ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager))	705
3	#1 OR #2	749

MEDLINE

Numéro	Requêtes	Résultats
1	TI ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager)) OR AB ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager))	706

ScienceDirect

Numéro	Requêtes	Résultats
1	Title, abstract or author-specified keywords: "Charge nurse" OR " Ward leader " OR " Ward manager " OR "Ward sister" OR "Assistant head nurse" OR " Front-line nurse leader " OR " First line nurse manager "	750
2	Title, abstract or author-specified keywords: "Assistante infirmière-chef" OR "Assistante du supérieur immédiat"	0
	Total d'articles restant	750

CAIRN

Numéro	Requêtes	Résultat
1	"Assistante infirmière-chef" OU "Assistante du supérieur immédiat"	1

ProQuest Dissertations & Theses Global

Numéro	Requêtes	Résultats
1	ti ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager)) OR ab ((Charge Nurs*) OR (Ward leader) OR (Ward manager) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*) OR (Front-line nurse leader) OR (First line nurse manager))	279

Appendice B : Preuve de soumission article 1

[sips-snahp] Accusé de réception de la soumission / Submission Acknowledgement

Mélina Bernier via <snahp-sips@umontreal.ca>
Lun 2024-02-05 11:38
À :Jubinville, Maripier [redacted]

Vous ne recevez pas souvent de courriers de la part de snahp-sips@umontreal.ca. Découvrez pourquoi cela est important

Attention L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

English message will follow

Maripier Jubinville,

Nous vous remercions d'avoir soumis le manuscrit intitulé « Supporting charge nurses through training: A narrative review » à la revue Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé. Grâce à notre système de gestion en ligne, vous pourrez suivre votre soumission tout au long du processus d'édition en accédant au site Web de la revue :

[redacted]

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Nous vous remercions d'avoir pensé à notre revue pour la publication de vos travaux.

Mélina Bernier

Appendice C : Article – Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol

Check for updates

Received: 28 September 2022 | Revised: 17 December 2022 | Accepted: 11 March 2023

DOI: 10.1002/nop2.1727

EMPIRICAL RESEARCH QUANTITATIVE

NursingOpen Open Access WILEY

Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol

Maripier Jubinville | Caroline Longpré | Éric Tchouaket Nguemeleu

Department of Nursing Sciences, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, QC, Canada

Correspondence
Maripier Jubinville, Department of Nursing Sciences, Université du Québec en Outaouais, Saint-Jérôme, Québec, Canada.
Email: jubm01@uqo.ca

Funding information
Bureau de Coopération Interuniversitaire; Canadian Nurses Foundation; Ministère de l'Enseignement supérieur du Québec; Réseau de recherche portant sur les interventions en sciences infirmières du Québec; Université du Québec en Outaouais; Université du Québec en Outaouais Foundation; Quebec Population Health Research Network

Abstract

Aim: To develop a standardized training for charge nurses.

Design: A developmental research design divided into three parts will be undertaken.

Methods: (1) A scoping review will be used to develop standardized training focusing on charge nurse skills and sub-skills; (2) a Delphi review with nurses, managers and researchers will validate the content of the training; content validity will be assessed over sufficient rounds of review to obtain a content validity index of over 0.7 and (3) a cross-sectional study will pilot test the training with 30 charge nurses.

Results: This study will describe the development of updated and empirically validated training to be systematically implemented in healthcare institutions and offered to charge nurses when they begin.

KEYWORDS
charge nurse, clinical governance, research protocol, skills, training, transfer of training

1 | INTRODUCTION

A charge nurse (CN) performs a clinical-administrative management position that requires specialized skills (Plourde, 2012). To obtain and promote these skills, CNs require specific training, yet little exists in practice. This lack of training has implications on three levels for (1) the healthcare institution; (2) the CN and (3) the healthcare users. Although some training exists, it tends to be incomplete, not empirically validated, lacking appropriate mechanisms for the transfer of training, and not systematically offered in healthcare institutions. These elements show the importance of developing training such that CNs can receive the support to perform optimally. The main objective of this study is to develop standardized, comprehensive, validated training that addresses the limitations of existing training, integrates the transfer of training from theory to clinical practice, and can be formally included in the organizational structure of healthcare institutions.

2 | BACKGROUND

A CN is defined as a nurse who performs a clinical-administrative management position in a healthcare institution to support their unit manager. In Quebec (Canada), there are approximately 6630 CNs, which represent 8.47% of the total number of active nurses with the full right to practice (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021). Plourde (2012) reported that CNs appear to have sub-optimal levels of five skills that are nevertheless required for the position: leadership; interpersonal communication; clinical and administrative caring; problem-solving and knowledge and understanding of the healthcare environment. These are broken down into sub-skills and allow the CN to assume the diverse roles and responsibilities that define the position. To the best of our knowledge, since 2012, no research has addressed the specific integration of the CN skills and sub-skills outlined by Plourde (2012). However, these have been used in Turmel Courchesne's (2015) qualitative study, where

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.
© 2023 The Authors. *Nursing Open* published by John Wiley & Sons Ltd.

hospital healthcare staff reported that, in general, these skills correspond well to the reality of the CN. Different strategies to support new CNs exist and are offered; an orientation program as described by Sheets (2015) is one example. Despite this, these support strategies did not strengthen CN skills (Lessard, 2018). Training represents one of the most common methods to acquire, maintain and renew CN's knowledge and skill set (Rivard & Lauzier, 2013). Providing training early on supports the development of essential skills, contributes to healthcare user satisfaction and the quality and safety of care (Connelly et al., 2003; Normand et al., 2014; Plourde, 2012; Spiva et al., 2020).

The specific skill set of the CN is not commonly taught in nursing programs, nor when a CN takes on their position. This lack of training has implications on three levels: (1) for the healthcare institution, as the CN may manage their workflow poorly and thus be unable to provide optimal supervision or clinical support to staff, physicians and patients (Armstrong & Hedges, 2006; Connelly et al., 2003); (2) for the CN, as their role will be unclear, which will lead to a lack of understanding of the essential skills needed and how to acquire them to perform well, which will negatively affect their leadership capabilities (Armstrong & Hedges, 2006; Lawrence & Richardson, 2014) and (3) on the users, as this will negatively influence the continuity and quality of care (Armstrong & Hedges, 2006; Connelly et al., 2003). Without appropriate training, a gap persists between the complex requirements of this position and the ability to perform it in practice (Spiva et al., 2020).

Therefore, to enable optimal CN support, training that facilitates a transfer of training is required. Transfer of training can be defined as the extent to which trainees apply the skills, knowledge and attitudes learned in training to their work (Baldwin & Ford, 1988). Optimizing this process involves considering three training inputs: the characteristics of the trainees, the training design and the work environment (Baldwin & Ford, 1988). Positive transfer occurs when work performance is enhanced through the application of these skills and new knowledge, generalized to the new work context and maintained over time (Rivard & Lauzier, 2013). Rivard and Lauzier (2013) specify that when designing training for professionals such as the CN, it is important to consider a model that will promote the transfer of training from theory to clinical practice. These same authors state that it is essential to evaluate the training to assess whether the results: are in line with previously identified objectives; measure the impact of training; identify aspects that need to be improved and provide feedback to the trainees. Finally, the necessary resources and time required for training must be considered in the organizational structure of healthcare institutions in order to promote systematic delivery (Rivard & Lauzier, 2013). All the above-mentioned components (required skills, a transfer of training model, and the organizational structure of healthcare institutions) are described by the clinical governance model of Brault et al. (2008).

In a narrative review undertaken by our team, 29 articles on CN training were retrieved from the scientific literature (Jubinville et al. n. d). However, these studies have limitations in their clinical governance model (Brault et al., 2008).

2.1 | Required skills: Training content

In general, training has not been developed based on empirical research. For example, training design and delivery were not described by Sheets (2015), which may lead the reader to question its validity. Some training does not include all the skills required by the CN position as named by Plourde (2012). For example, Bateman (2020) only address leadership skills. If the required skills and knowledge are not provided, a CN may not know how to gain them, and job performance will suffer. Most articles did not specify if training material was used, nor was it found in the publication annexes. This makes it difficult to critically analyse the content and determine whether the training is appropriate.

2.2 | The process of transfer of training from theory to clinical practice

From this narrative review, the literature does not adequately describe training that would successfully promote the transfer of training into clinical practice. There is no mention of whether the necessary inputs (trainee characteristics, training design and work environment) are considered in the development and delivery of training. Although, for example, Spiva et al. (2020) describe pedagogical strategies used, other inputs are not described. This may result in less-than-optimal integration and transfer of the training for CNs.

2.3 | Delivering training in the organizational structure of healthcare institutions

Currently, it is not standard practice for healthcare institutions to offer training to newly appointed CNs in preparation for their position. One exception is a study describing training developed and systematically delivered in an ambulatory setting, which resulted in increased CN self-confidence and knowledge (Andronico et al., 2019). Delivering training requires many resources: human resources, including liberating trainees from their duties, finding their replacement and suitable trainers; material resources such as audiovisual equipment and course materials and financial resources to cover salaries and the materials required (Rivard & Lauzier, 2013). These resources, along with the time needed to organize a training session may explain why training is not systematically given. The length of time training requires must be considered. For example, Normand et al. (2014) describe training that lasts 42 h, which may not be realistic due to the resources required. In this sense, it is necessary to develop training that is viable, accessible and easily implemented in the organizational structure of healthcare institutions.

Essential components of CN training are partially or completely lacking from the literature reviewed. The use of a governance model for the development of training is essential to: guide the content that will be covered and the pedagogical material that will be deployed;

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

integrate structural mechanisms that promote the transfer of training from theory to clinical practice in order to support the integration of new knowledge and use a formal healthcare institutional structure to ensure that training is systematically provided when CNs are hired.

3 | METHODS

3.1 | Aims

The main objective of this study is to develop a standardized and validated training that addresses the limitations of existing training, integrates the transfer of training from theory to clinical practice and can be included in the organizational structure of healthcare institutions. The specific objectives of this study are to: (1) develop a standardized training to address the skills and sub-skills expected of the CN; (2) using a Delphi review consult a group of experts to validate the content of the training, the relevance of the suggested transfer of training and the methods proposed (e.g. resources required, length of the training) to include in the organizational structure of healthcare institutions for implementation and (3) run a pilot test to validate these same elements and verify whether this training can positively influence the skills and knowledge of the CN.

3.2 | Research questions

Three research questions will be explored:

1. To what extent can the skills and sub-skills of a CN be improved through the provision of standardized training?
2. Will CNs apply new knowledge in clinical practice if they receive transfer of training from theory to practice?
3. Are the proposed methods of including training in the organizational structure of healthcare institutions conducive to improving its accessibility?

3.3 | Conceptual framework

This study uses the clinical governance model of Brault et al. (2008), which bridges institutional and professional perspectives. Brault's model simultaneously integrates all the necessary systems to be taken into consideration to strengthen the skills of the CN and has been adapted for a training context for this study (see Figure 1).

Our 'Training Model for Charge Nurses' (TMCN) puts forward three components necessary for the development and deployment of CN training: (1) the specific skills of the position; (2) the three training inputs to consider in order to promote the transfer of training from theory to clinical practice and (3) organizational

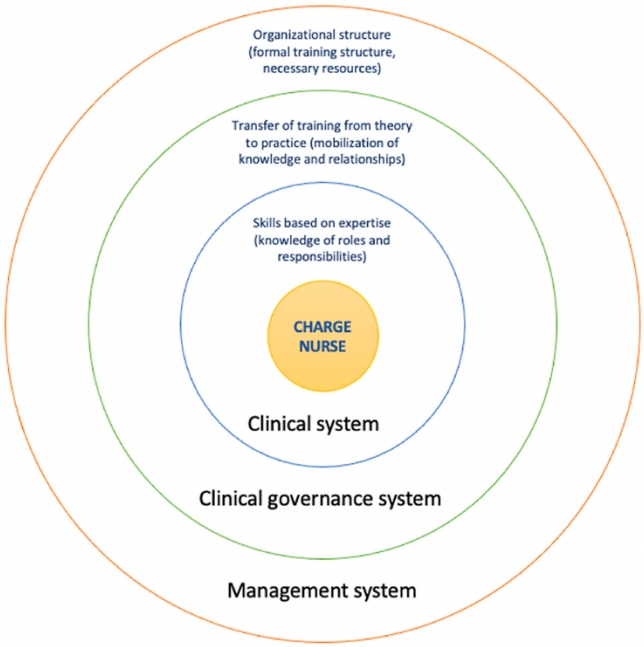


FIGURE 1 Training model for the charge nurse (TMCN) (adapted from Brault et al., 2008)

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

structure of healthcare institutions required to support the systematic delivery to new CNs. Each of these three components has a corresponding part of the interconnected Brault model: (1) the clinical system; (2) the clinical governance system and (3) the management system.

3.3.1 | Skills based on expertise (knowledge of roles and responsibilities)

The first component is a part of the clinical system that is the centre of the CN's profession. In this study, the component is operationalized by the five CN skills (Plourde, 2012) which can be broken down into 23 sub-skills (see Table 1), and are made use of in practice through specific roles and responsibilities.

3.3.2 | Transfer of training from theory to clinical practice (mobilization of knowledge and relationships)

This second component is a part of the clinical governance system that facilitates clinical and management initiatives that are dedicated to the quality of care, clinical excellence and institutional performance (Brault et al., 2008). In this study, it reflects the generalization of knowledge, acquired in training, to the workplace, as well as the integration of new relationships with colleagues or managers that permit the application of the knowledge learned. Transfer of training is operationalized by Baldwin and Ford (1988; Figure 2) and Kirkpatrick and Kirkpatrick (2016; Figure 3). Baldwin and Ford (1988) describe the inputs necessary (trainee characteristics, training design and work environment) to learn and retain information, as well as what generates and helps maintain new knowledge. Training is said to be successful when knowledge is applied at work and maintained over time. Kirkpatrick and Kirkpatrick (2016) present four levels to be considered when evaluating training. These include the following: (1) reactions; (2) learning; (3) transfer of training from theory to clinical practice (behaviour) and (4) results. Integrating this model will help highlight the side benefits of training and identify adjustments required for successful transfer. These complementary models will make it possible to evaluate the training and promote its transfer.

3.3.3 | Organizational structure (formal training structure, necessary resources)

This last component is the part of the management system that supports professionals through the provision of formal supervisory structures (Brault et al., 2008). This means that healthcare institutions must put in place a structure that will allow for the systematic delivery of training when a new CN arrives. Indeed, CNs that received standardized training at hire emphasized how it clarified their role and made them feel confident in their position (Lessard, 2018).

In sum, the TMCN model provides a relevant model for this study. This integrative framework serves as a foundation for the design and delivery of training for the CN to meet clinical governance methods necessary to strengthen their skills.

3.4 | Study design

A developmental research design will be used. Developmental research is defined as the analysis of the object development process (training) including the design and the pilot test of the object, taking into account the data collected at each phase of the process and the existing scientific literature (Loiselle & Harvey, 2007). The pilot test is used to analyse the interactions between the intervention under development (training) and the people for whom the intervention is designed (here, the CN) in order to improve the prototype and to inform its development and possible future modifications (Loiselle & Harvey, 2007). This study will be subdivided into three parts to address each of our research objectives. First, a scoping review will be used to research and inform the development of the CN training by June 2023. Second, a Delphi review will be used to validate the content of the training and the proposed transfer of training by October 2023. Finally, we will pilot test the developed training with a cohort of 30 CNs, using a cross-sectional design, to assess feasibility and the impact on skill set strengthening by December 2023.

3.4.1 | Part 1: Scoping review for the development of a training

This scoping review will follow the framework proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI; Peters et al., 2020) which encompasses nine steps:

Step 1: Defining and aligning the objective and questions

The objective of the scoping review is to review the literature that addresses any of the five CN skills reported by Plourde (2012). The articles analysed will help describe and define skills, set out how they are operationalized in practice, and what their impact on the institution of work and the quality of care may be. To be retained for this analysis, articles must have a positive response to any of our research questions:

1. Do the articles describe the skills required for the position of CN?
2. Do the articles highlight key training elements for developing CN skills?
3. Do the articles indicate any positive or negative impacts (e.g. on filling the CN position, on the institution where the CN works) that are associated with these skills?

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

TABLE 1 Charge nurse skills and sub-skills (Plourde, 2012).

Skills	Leadership	Interpersonal communication	Clinical and administrative caring	Problem- solving	Knowledge and understanding of the healthcare environment
Sub-skills	Knows how to mobilize people	Knows how to listen	Takes a humanistic approach	Has a global vision	Focuses on patients and results
	Facilitates change	Knows how to express themself	Maintains a spirit of openness and altruism	Has the ability to analyse and synthesize	
	Is proactive	Verifies that information is understood by others	Encourages the expression of feelings with empathy	Displays critical judgement and sound decision making	
	Establishes a relationship of trust		Provides support	Has the capacity to create and innovate	
	Knows how to negotiate		Accompanies others in their development	Able to manage conflict	
	Knows how to collaborate			Has coping skills (self-control, self-confidence, managing emotions, perseverance).	
	Makes use of the strengths of individuals			Has coordination skills (organized, able to delegate, respects others' fields of practice, exhibits good time management)	

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

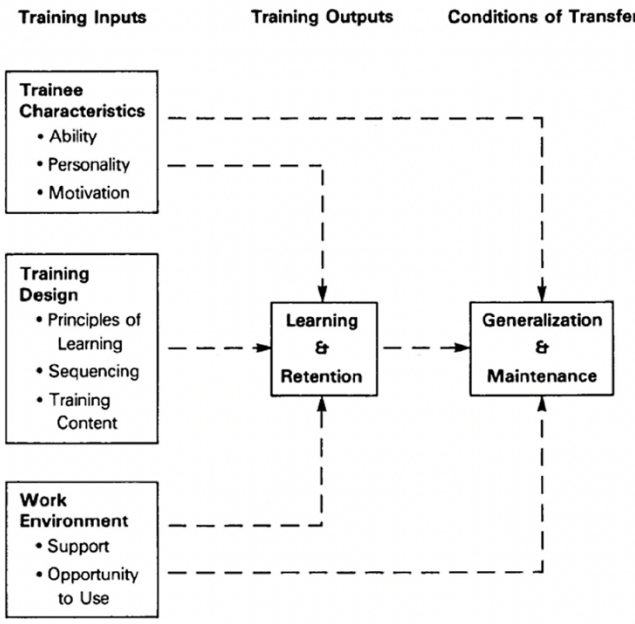


FIGURE 2 Adapted from the model of transfer process (Baldwin & Ford, 1988).

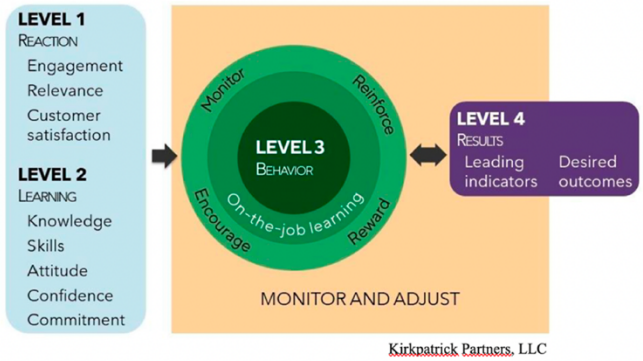


FIGURE 3 The new world Kirkpatrick model (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016).

Step 2: Developing and aligning the inclusion criteria with the objective and questions

The inclusion criteria for the scoping review are in line with the objective and research questions of Step 1. Articles must be written in French or English and have been published since 2000. The selected literature will meet the scoping review criteria defined by the PICOT, which is consistent with the TMCN clinical system, and includes: the study population (P); the intervention or treatment discussed in the review (I); the comparison if any, (C); the outcomes (O) and the time period during which the data will be collected (T).

Step 3: Describing the planned approach to evidence searching, selection, data extraction and presentation of the evidence

A literature search will be conducted using the CINAHL, MEDLINE, Science Direct and Cairn databases. The following keywords (MeSH and associated descriptors) will be combined to create a search strategy using AND and OR Boolean operators: *assistante infirmière-chef*, *assistante du supérieur immédiat*, charge nurse, first-line nurse manager, matron, ward leader, ward sister, leadership, communication, caring, problem-solving and work environment. Also, the grey literature (non-scientific, theoretical, conceptual, dissertations, theses and conference

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

presentations) will be consulted in ProQuest dissertations and thesis global, and in Google Scholar.

Step 4: Searching for the evidence

First, a search in the CINAHL and MEDLINE databases will be completed using the original search strategy. A research librarian and two scoping review experts will then be consulted and based on the articles retrieved, a keyword analysis will be performed to create a revised search strategy. All four databases will then be queried using this updated strategy.

Step 5: Selecting the evidence

After eliminating duplicates and verifying the language, articles will be exported to Rayyan web platform (Ouzzani et al., 2016). Two team members will ensure content validity by reading the titles and abstracts of 10% of all retrieved articles to ensure that the keywords used obtained the expected results and that searches were performed in a similar manner. Following this, two team members will read the titles and abstracts of all articles to determine their relevance. Relevant articles will then be read in their entirety and assessed by both team members independently for inclusion or exclusion. In the case of a conflict, a third team member will read the article in its entirety and determine whether it should be included or excluded.

Step 6: Extracting the evidence

The selected articles will be independently analysed by two team members using standardized data extraction tables. Data will then be entered into Excel spreadsheets. The results will be categorized according to our first research question that focuses on the skills required of CNs (Plourde, 2012).

Step 7: Analysis of the evidence

Data analysis will be conducted using Saldaña (2016) and Miles et al. (2019) methods that consist to: (1) design and map the skills; (2) define the skills, how they are operationalized in practice, and their impact and (3) synthesize the results in order to have all the important elements for training development.

Step 8: Presentation of the results

The results will be summarized and presented in several forms, including tables, diagrams and evidence maps. The training will be divided into sections corresponding to the CN's position generally (e.g. description of the CN, how the position evolved), their skills and sub-skills.

Step 9: Summarizing the evidence in relation to the purpose of the review, making conclusions and noting any implications of the findings

A summary of the results will be made in relation to this study's objective, conclusions will be drawn, and potential implications of these results will be shared. The results of this study will be published in a peer-reviewed journal and presented in scientific conferences. In addition, findings will be presented to provincial Directors of Nursing in Quebec (Canada), describing how skills training for the CN will be developed.

3.4.2 | Part 2: A Delphi review by experts to ensure training validity

The training developed will be validated through a Delphi review which required consensus of experts (Ekionea et al., 2011). This method consists of seven steps:

Step 1: The number of experts is determined; for this study, 18 experts will be consulted (Turoff, 2002). These experts will be equally divided among (a) a clinical setting, consulting CNs ($n = 6$) and managers (manager, assistant director, senior consultant; $n = 6$) who have held a position for at least 6 months on a hospital unit; (b) researchers from a university setting in Québec ($n = 6$), holding a position as a professor or lecturer and having expertise related to the format or content of the training. Non-probability sampling will be used to ensure a diversity of respondents from each setting and for each expertise.

Step 2: An email describing relevant experts to be recruited with pertinent details of the study will be prepared for (1) the clinical setting, where it will be sent to nursing directors; and (2) the university setting, where it will be sent to researchers (professors and lecturers).

Step 3: Experts will be individually contacted and presented with information about the study, after which they will be asked if they would like to participate.

Step 4: Experts who express interest will be invited to participate in the study. They will be sent information and consent forms and asked to provide written informed electronic consent.

Step 5: To evaluate the training, the experts will receive a questionnaire developed by the research team and administered through LimeSurvey. Participants will evaluate: the training content; the relevance of the transfer of training and the organizational structure methods proposed to administer the training. Experts will be able to evaluate the content on a Likert scale with four response options from 1 = 'not relevant' to 4 = 'very relevant without corrections' as shorter Likert scales have produced stable findings in a previous Delphi study (Tchouaket Nguemeleu et al., 2020). Also, space will be provided for open-ended commentary.

Step 6: The feedback will be consolidated and analysed.

A content validity index (CVI) analysis will be performed. A CVI up to 0.7 allows for acceptance of the content without modification,

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

while a CVI of less than 0.7 requires modification. Response feedback is given to the team and a new round will ensue, thus the number of rounds will be determined by the responses until a CVI equal to or greater than 0.7 is achieved (up to a maximum of three rounds; Turoff, 2002).

Step 7: In a final step, the content will be adjusted and finalized based on expert feedback.

3.4.3 | Part 3: Descriptive cross-sectional study to pilot test the CN training

A cross-sectional study will be undertaken in four steps:

Step 1: The subjects and study setting will be selected. As per the TMCN, the target population for this study are CNs ($n = 30$) working at a hospital healthcare unit in Québec (Canada). The CNs will be recruited from similar work environments such that the examples presented during training are appropriately adapted and the content will be more representative of their shared professional experiences. CNs will be recruited through non-probability convenience sampling. To be eligible, participants will have to hold a valid Quebec Order of Nurses (OIIQ) licence, work in a hospital and occupy a CN position in any capacity. We will exclude CNs currently under competency, ethical or disciplinary review. A list of CNs will be requested from the study setting's human resources department and a recruitment poster describing the study details will be sent internally to CNs. For those who express interest, information, consent and confidentiality forms will be sent via the LimeSurvey platform. If a response to the invitation has not been received within 2 weeks, one email reminder will be sent.

Step 2: The training will then be pilot tested. The training will last 7 h and will be offered at three different times to ensure sessions are accessible for all participants. Due to COVID-19, government recommendations suggest training should be offered with appropriate health measures in place. Participants will be offered virtual or in person training and will respect the required health measures. In order to optimize transfer of training, a maximum sample size of 12 participants is recommended (Rivard & Lauzier, 2013). The same researcher will provide all training sessions to ensure consistency and reliability across sessions.

Step 3: To evaluate the training, the CNs will complete a self-administered LimeSurvey questionnaire developed by the research team and validated by 5 CNs. Questions will offer a Likert scale with four response options from 1 = 'totally disagree' to 4 = 'totally agree'. The questionnaire will ask for sociodemographic information (e.g. 'How many years of experience do you have as a CN'?) as well as questions to assess each of the components of the TMCN. Examples of questions on training content include: 'The content presented in this training is applicable to my CN position'; for the relevance of the transfer of training 'The exercises and activities carried out will allow me to more easily transfer what I learn in training to my practice', and for the relevance of the organizational and structural methods proposed to implement the training 'The length was adequate'. The questionnaire will ask whether the training can strengthen CN skills, for example regarding leadership: 'Following my participation in this training, my leadership skills have been strengthened, for example, I will be able to carry out my roles and responsibilities more effectively, and better assume my overall position'. Also, the feasibility and acceptability will be assessed with questions such as: 'It was difficult to get my manager to release me to participate in this training'. A space to provide additional feedback will be available for each question.

Step 4: Data analysis: SPSS software version 26 will be used to analyse the data. Descriptive and bivariate analyses will be done using parametric and non-parametric tests as appropriate. These analyses will describe the needs and preferences of CNs. Content analyses will be conducted on the comments made by the participants.

3.5 | Ethical considerations

Ethical approval for this research was obtained from the Research Ethics Board of the university where the research is taking place (June 2021, # 2021–1261) and the Research Ethics Board of the hospital in this study (December 2021, # 2021-333_168_MP). Ethical principles in research will be respected. All participants will be made aware of the rationale of the study, time involved, inclusion criteria and the ability to withdraw from the study at any time without consequences. At each stage of the study, all information will be transmitted to the participants so that they can ask questions. They will also be informed of the advantages of participating in the pilot test (such as access to expert-validated training) and the disadvantages (the time required to obtain training). Participants in this study will provide written electronic free and informed consent and will sign a confidentiality form prior to their participation. Managerial approval for the release of CN participants will be sought prior to conducting the training. The confidentiality of the data collected will be ensured by assigning a numeric code to each participant. Finally, the data collected will be saved on the university's server and stored on a password-protected computer at the university. All data will be confidentially and permanently deleted 5 years after the end of the study.

3.6 | Validity and reliability/rigour

To ensure a rigorous research process four core elements will be put in place: (1) using a comprehensive framework to fill gaps in the scientific literature on increasing the skills of an incoming CN; (2) performing a scoping review to ensure evidence-based data is used for training development; (3) using a Delphi review to reinforce the internal validity and scientific rigour of the training's content and (4)

pilot testing the CN training in order to ensure the quality of the training with validated and evidence-based content. The use of a rigorous process to meet the specific objectives of this research increases internal, external, construct, content and instrumental validity.

4 | DISCUSSION

This research project will lead to the creation of standardized training specifically geared to the CN. We therefore assume that more support in terms of training for CNs will enable them to optimize their practice by better mastering their skills, as well as the general functioning of their unit and this will ultimately have an impact on staff and user satisfaction, on the quality and safety of the care and on the work environment. This study will enable CNs to increase the efficiency of their clinical-administrative management skills within their practice. By developing strong leadership skills and working alongside their manager, CNs will be better able to achieve the institutional objectives targeted by the governance structure and strategic planning that is in place in their unit. In the context of nursing research, this study will contribute to the literature on optimization of the CN position. In addition, this project will generate evidence-based data that will provide a solid scientific foundation for the development of future research and will strengthen expertise in this field. Thus, the field of nursing will benefit from the developed training as it will clearly define the position and inform the training and practice of CNs. In summary, this research will help fill the gap in the scientific literature for training that is comprehensive, evidence-based, standardized, validated by experts and tested with CNs. Steps taken to test its validity will ensure that this training can be generalized to all CN working in a healthcare institution (with examples adapted according to the healthcare sector in which the CN are working) and be integrated into their clinical governance to be offered systematically to all new CNs in Québec, Canada and internationally.

This research has limitations. Training will be developed for CNs working in hospital units in Québec, Canada. It is possible that certain details of the training will be specific to the job description of CNs working in this setting and may require adjustments to the material for other settings. For CNs working outside of Québec the content will require context-specific editing to ensure it accurately represents the roles and responsibilities of CNs in other regions. Also, healthcare institutions differ in terms of financial and human resources, culture, work systems and user characteristics; so these variables will affect the study outcome and thus render the findings not completely generalizable to other hospitals. Finally, the pilot test will require replication on a larger scale and in different work contexts to ensure its validity and generalizability.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

M.J., C.L., E.T.N.: Made substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data; M.J., C.L., E.T.N., Involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; M.J., C.L., E.T.N.: Given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content; M.J., C.L., E.T.N.: Agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank the Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Outaouais foundation, Ministère de l'enseignement supérieur du Québec, Bureau de Coopération Interuniversitaire, the Canadian Nurses Foundation, Quebec Population Health Research Network and the Quebec Network on Nursing Intervention Research for the scholarships awarded to Ms. Maripier Jubinville.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare no conflict of interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

PATIENT AND PUBLIC INVOLVEMENT

This research was undertaken without patient or public involvement. They were not invited to contribute to the writing nor to the editing of this study protocol for readability or accuracy.

ORCID

Maripier Jubinville https://orcid.org/0000-0002-7446-3740
Caroline Longpré https://orcid.org/0000-0001-6036-287X
Éric Tchouaket Nguemeleu https://orcid.org/0000-0002-4309-0478

REFERENCES

Andronico, J., Getting, C., Hughes, C. H., & Ciccolini, K. (2019). Developing and standardizing an orientation for outpatient charge nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *50*(11), 517–521. https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-08

Armstrong, L., & Hedges, C. (2006). An evidence-based approach to improving performance standards of the charge nurse role in a union environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, *6*(1), 25–29. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2005.12.004

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, *41*(1), 63–105. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x

Bateman, J. M. (2020). Charge nurse leadership training comparison: Effective and timely delivery. *Pediatric Nursing*, *46*(4), 189–195.

Brault, I., Roy, D., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: Historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisations Des Soins*, *39*(3), 167–173 https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9641

Connelly, L. M., Yoder, L. H., & Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *Medsurg Nursing*, *12*(5), 298–306.

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Ekionea, J. B., Bernard, P., & Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches Qualitatives*, *29*(3), 168–192. https://doi.org/10.7202/1085878ar

Jubinville, M., Longpré, C., & Tchouaket, É. (n. d). *Supporting charge nurses through training: A narrative review of the literature*. Unpublished manuscript.

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. ATD Press.

Lawrence, N., & Richardson, J. (2014). To explore and understand the leadership experiences of modern matrons, within an acute NHS trust. *Journal of Nursing Management*, *22*(1), 70–79. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01432.x

Lessard, I. (2018). *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmières-chef (AIC)* [Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Rimouski]. QC. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1545/1/Isabelle_Lessard_aout2018.pdf

Loiselle, J., & Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation: Fondements, apports et limites. *Recherches Qualitatives*, *27*(1), 40–59. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(1)/loiselle.pdf

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2019). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4e ed.). SAGE.

Normand, L., Black, D., Baldwin, K. M., & Crenshaw, J. T. (2014). Redefining 'charge nurse' within the front line. *Nursing Management*, *45*(9), 49–53. https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000453274.96005.35

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. Ordre Des infirmières et Infirmiers du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1), 210. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Peters, M. J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2020). Scoping reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. Wolters Kluwer. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Plourde, M. (2012). *Le leadership transformationnel au coeur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence* [Essai de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://www.bibl.ulaval.ca/doelec/TravauxEtudiants/a2460424.pdf

Rivard, P., & Lauzier, M. (2013). *La gestion de la formation et du développement des ressources humaines: pour préserver et accroitre le capital compétence de l'organisation* (2e ed.). Presses de l'Université du Québec.

Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3e ed.). SAGE.

Sheets, B. (2015). *Charge nurse fellowship*. [Thèse inédite de doctorat, Carlow University], PA https://www.proquest.com/openview/5de803914abde51a20af2646fb40a63c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Spiva, L., Davis, S., Case-Wirth, J., Hedenstrom, L., Hogue, V., Box, M., Berrier, E., Jones, C., Thurman, S., Knotts, K., & Ahlers, L. (2020). The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *Journal of Nursing Administration*, *50*(2), 95–103. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000848

Tchouaket Nguemeleu, E., Boivin, S., Robins, S., Sia, D., Kilpatrick, K., Brousseau, S., Dubreuil, B., Larouche, C., & Parisien, N. (2020). Development and validation of a time and motion guide to assess the costs of prevention and control interventions for nosocomial infections: A Delphi method among experts. *PLoS One*, *15*(11), e0242212. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242212

Turmel Courchesne, A.-M. (2015). *Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu hospitalier: une étude descriptive*. [Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval]. QC. https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/77ed4040-943e-4aa0-8983-aa39b6ff1e63

Turoff, M. (2002). The policy Delphi. *Technological Forecasting*, *2*, 80–96. https://www.researchgate.net/publication/265086472_The_Policy_Delphi

How to cite this article: Jubinville, M., Longpré, C., & Tchouaket Nguemeleu, É. (2023). Standardized and validated training to support the charge nurse: Research protocol. *Nursing Open*, *00*, 1–10. https://doi.org/10.1002/nop2.1727

20541058, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.1727 by Cochrane Mexico, Wiley Online Library on [29/03/2023]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

Appendice D : Article – Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training

BMJ Open

Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training

Maripier Jubinville , Eric Nguemeleu Tchouaket , Caroline Longpré

To cite: Jubinville M, Tchouaket EN, Longpré C. Scoping review protocol examining charge nurse skills: requirement for the development of training. *BMJ Open* 2023;**13**:e067307. doi:10.1136/bmjopen-2022-067307

► Prepublication history and additional supplemental material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067307).

Received 08 August 2022
Accepted 07 February 2023

Check for updates

© Author(s) (or their employer(s)) 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

Département des Sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme, Saint-Jérôme, Quebec, Canada

Correspondence to
Mrs Maripier Jubinville;
[redacted]

ABSTRACT

Introduction The charge nurse (CN) holds a position in clinical-administrative management and is essential for improving the quality and safety of care in healthcare institutions. The position requires five essential skills: leadership; interpersonal communication; clinical-administrative caring; problem solving; and knowledge and understanding of the work environment. The scientific literature has not widely examined the importance of providing these skills as part of initial training, nor when CNs begin their duties. This study aims to fill this gap through an exhaustive review of the literature with the aim of developing standardised training for the CN when they start in their position.

Methods and analysis A scoping review using the Joanna Briggs Institute framework will be conducted. The CINAHL, MEDLINE, Science Direct and Cairn, databases as well as grey literature from ProQuest dissertations and thesis global database, Google Scholar and the website of the Order of Nurses of Quebec will be queried using keywords. Relevant literature in French and English, published between 2000 and 2022 will be retained. The CN is the target population. Outcomes address at least one of the five CN skills, describe how they are operationalised and what their impact is on the organisation of work and quality of care. This analysis will identify essential and relevant elements for the development of standardised, up-to-date and appropriate training for the position of CN.

Ethics and dissemination Ethical approval is not required, as data does not include individual patient data. The results will be published in peer-reviewed journals, presented at conferences and presented to nursing managers and directors.

Scoping review registration Research Registry ID: researchregistry7030.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

⇒ The use of a rigorous methodology in accordance with the Joanna Briggs Institute methodological framework.
⇒ Validation involving two of the authors at all stages of the research: literature selection; data extraction and data analysis.
⇒ Advancing knowledge in the nursing management field through the development of a standardised, rigorous, systematic training that will integrate the five charge nurse skills required to carry out the job.
⇒ The lack of systematic quality analysis of the identified literature is a limitation of this study, as it is of all scoping reviews.
⇒ The literature reviewed will be limited to those published in English or French.

INTRODUCTION

The charge nurse (CN) performs a clinical-administrative management position within the clinical care sector of healthcare institutions. In general, the position requires working in collaboration with the unit manager to coordinate care activities. In the Canadian province of Quebec alone, there are approximately 6630 CNs, representing 8.47% of the total number of active registered nurses.[1] The clinical-administrative management position is described as that held by a professional who assumes the clinical responsibilities of their practice, and the administrative responsibilities related to the organisation of their work, along with the ability to apply bureaucratic processes. Specifically, according to Lessard,[2] clinical activities refer to clinical evaluation, the quality and safety of care, and ensuring that one's knowledge and skills are kept up to date for the purpose of professional development. Administrative activities refer to procedures and processes that must be respected, particularly in the coordination of human and material resources and the management of patient admissions and discharges. Lessard[2] thus suggests that the clinical and administrative skills of a CN complement each other well. According to Boterf,[3] 'Being competent' refers to 'a process consisting of "knowing how to act" in a professional situation by mobilizing an appropriate combination of internal personal […] and external resources […] and by making use of guidance mechanisms'. Furthermore, 'having skills' means having 'the personal resources necessary to know how to act in a professional situation'.[3] These two elements of competence, 'being competent' and 'having skills', are important for the CN in assuming their position. In this regard,

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

Plourde[4] identified five essential skills for the CN. These are: leadership, interpersonal communication, clinical-administrative caring, problem solving, and knowledge and understanding of the work environment.

The position of CN is vital[5] as CNs ensure the quality and safety of care[6 7] as well as the overall functioning of the unit.[8 9] Despite this, it has been reported that the CN receives almost no guidance when they begin their new position. More specifically, the CN receives little training in the strengthening of clinical-administrative management skills during the initial training nor when CNs take up their duties, which makes it a challenge to perform optimally.[10 11] By the same token, this lack of CN training has implications on three levels: (a) for the healthcare institution, where the CN may create a compromised workflow and provide suboptimal supervision or clinical support to staff, physicians and patients[9 12]; (b) for the CN, as their role will be unclear, which will lead to a lack of understanding of the essential skills needed and how to acquire them to perform well, negatively affecting their leadership skills[12 13] and (c) on the users, as this will affect the continuity and quality of care provided.[9 12] Indeed, without specific training, a gap persists between the complex requirements of this position and the ability to perform it in practice.[14 15] Lessard[1] adds that when CNs begin their career, standardised training is essential in order to better define roles and responsibilities and prepare CNs to step into their position. A narrative review of the literature that we have carried out[16] shows, to the best of our knowledge, that training for CNs is not widely offered in the field nor is it standardised or empirically validated, and training is often incomplete as it does not incorporate the five essential CN skills. In a survey of nursing directors of healthcare institutions in Quebec, Canada, these same issues were reported.[16] Therefore, specific training that addresses these skills is necessary, ideally through the development of a complete and standardised training. To our knowledge, no comprehensive review of the literature exists that addresses the five key skills of the CN with a view to integrate them into a more comprehensive training. To fill these gaps, the present study aims to conduct a scoping review on these five skills outlined by Plourde.[4] The findings will allow for an analysis of how these skills are operationalised in practice and how they impact the organisation of work and the quality of care. Ultimately, this scoping review will inform the development of a standardised and adapted training that will be provided to the CN when they begin their duties to strengthen their skills.

METHOD

This scoping review will begin in January 2022 and end in June 2023.

Conceptual framework

This scoping review is based on Plourde's model[4] that outlines five skills in the clinical-administrative management of the CN:

1. *Leadership*, which is a process of influencing and engaging people to achieve goals, focused on people and innovation.[17 18]
2. *Interpersonal communication*, which is the act of communicating verbally or non-verbally and relating to others.[19]
3. *Clinical-administrative caring*, which refers to the humanistic approach of caring for others within a collaborative relationship, creating a culture of growth, development and autonomy, based on the principles of respect and support.[4]
4. *Problem solving*, which consists of 'understanding a work-related problem or situation and taking steps to resolve it appropriately'.[20]
5. *Knowledge and understanding of the healthcare environment*, which pertain to the goals of the organisation, procedures, protocols and guidelines, resource persons to whom one can refer, and which allow for a global vision of one's organisation.[4]

Plourde identified these skills following the analysis of qualitative and quantitative data collected through observational studies and a self-administered questionnaire completed by CNs working in emergency departments. The skills identified in this specific context are equally applicable to all CNs, regardless of the field of nursing in which they work. Thus, this model was used in Turmel Courchesne's descriptive qualitative study,[21] where nine participants that were hospital staff indicated that, in general, these five skills corresponded well to the reality of the position of a CN. In her model, Plourde[4] breaks down these skills into 23 subskills as shown in table 1. The above studie supports the use of this reference framework across all studies of CN training.

Research question

The research question is: which published articles address at least one of the five CN skills?

Specifically:

1. Do these articles describe the skills for the position of CN?
2. Do these articles highlight key elements in the training of CN to develop these skills?
3. Do these articles indicate any positive or negative impacts (eg, on filling the CN position, on the organisation where the CN works) that are associated with these skills?

Eligibility criteria

The inclusion criteria for the scoping review, in line with the objectives and research question, will be based on the PICOT (population, intervention, comparators, outcomes, time): the population represents the people under study; the intervention is the one under study; the comparators are the elements that are compared or controlled; the outcomes are the impacts of the skills described; and the time represents the time period described in the literature retrieved. For this study, the types of interventions (I) and comparators (C) do not apply; the PICOT is summarised in table 2.

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

Table 1 Charge nurse skills and subskills

Leadership	Interpersonal communication	Problem solving	Clinical-administrative caring	Knowledge and understanding of the healthcare environment
Knows how to mobilise people	Knows how to listen	Has a global vision	Takes a humanistic approach	Focuses on patients and results
Facilitates change	Knows how to express themself	Has the ability to analyse and synthesise	Maintains a spirit of openness and altruism	
Is proactive	Verifies that information is understood by others	Displays critical judgement and sound decision-making	Encourages the expression of feelings with empathy	
Establishes a relationship of trust		Has the capacity to create and innovate	Provides support	
Knows how to negotiate		Able to manage conflict	Accompanies others in their development	
Knows how to collaborate		Has coping skills (self-control, self-confidence, managing emotions, perseverance)		
Makes use of the strengths of individuals		Has coordination skills (organised, able to delegate, respects others' fields of practice, exhibits good time management)		

Type of population (P)

The target population to be included is the CN. A CN is licensed by their professional nursing order and has a clinical-administrative management position. The position is not exclusively one of management or clinical care. The CN in Quebec (Canada) may also be called in French *assistante du supérieur immédiat, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat* or *infirmière clinicienne assistante infirmière-chef*[22] and in English-speaking health institutions assistant head nurse.[23] In other countries, such as the USA, the CN is also called a CN while in the UK, the term ward sister, ward leader, senior CN, CN or matron is used.[5 7 11 13 24] We will exclude manager, nurse, nursing assistant, senior sister, first-line nurse manager, unit manager, nurse leader, team leader, head nurse, community matron and case manager.

Table 2 Population, interventions, comparators and design, outcomes, time

	Concepts	
P	CN	Nurse
		Not in a management position
		Holds a clinical-administrative management position
		Does not *exclusively hold* a clinical nursing position
I	Not applicable	
C	Not applicable	
O	Skills needed for the CN position	Leadership
		Interpersonal communication
		Clinical-administrative caring
		Problem solving
		Knowledge and understanding of the healthcare environment
T	From 2000 to 2022	

CN, charge nurse.

Type of outcomes (O)

The outcomes to be included from the literature will be the description of the skills (leadership, interpersonal communication, clinical-administrative caring, problem solving and knowledge and understanding of the healthcare environment) for the position of CN, how they are operationalised in practice and their impact. Outcomes that focus on elements related to the necessary components of CN skill training will be prioritised. Example of outcome that will be excluded is financial management.

Time (T)

The time frame for publication retrieval will be from 2000 to 2022. We limited the scope of the literature as the role of the CN has undergone substantial changes with each remodelling of the healthcare system. The goal of this research is to develop training that aligns with the role of

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

Table 3 Keywords

		Concepts	English keywords	French keywords
A		Charge nurse	► Charge nurse ► Matron ► Ward leader ► Ward sister ► Assistant head nurse	► Assistante infirmière-chef ► Assistante du supérieur immédiat
B	B1	Leadership	► Leadership	► Leadership
	B2	Interpersonal communication	► Interpersonal communication ► Communication	► Communication interpersonnelle ► Communication
	B3	Clinical-administrative caring	► Clinical-administrative caring ► Caring	► Caring clinico-administratif ► Caring
	B4	Problem solving	► Problem solving ► Conflict resolving	► Résolution de problèmes ► Gestion de conflit
	B5	Knowledge and understanding of the healthcare environment	► Knowledge and understanding of the healthcare environment ► Knowledge and understanding of the work environment ► Work environment ► Care environment	► Connaissance et compréhension de l'environnement de soins ► Connaissance et compréhension de l'environnement de travail ► Environnement de travail ► Environnement de soins

the contemporary CN, whose position and responsibilities have been in place for the last two decades.

Data sources and research strategy

This scoping review will follow the framework proposed by the Joanna Briggs Institute[25] which has been adapted from the writings of Arksey and O'Malley[26] and Levac *et al*.[27] The Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) checklist[28] has also been used in the preparation of this protocol, to ensure the inclusion of all necessary elements (see online supplemental file 1). The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews[29] has been consulted, since the PRISMA-P checklist is not specifically tailored to scoping reviews (see online supplemental file 2).

CINHAL, MEDLINE, Science Direct and Cairn will be queried using keywords (MeSH and associated descriptors) combined to create a search strategy using AND and OR Boolean operators. The keywords related to the CN and each of the five skills can be found in table 3. Searches will be done using English and French terms. The grey literature (non-scientific, theoretical, conceptual, dissertations, theses and conference presentations) will be consulted in ProQuest dissertations and thesis global and in Google Scholar. Guidelines and other professional literature available on the website of the Order of Nurses of Quebec will also be reviewed. Included articles must be written in French or English.

First, a search in CINAHL and MEDLINE databases will be completed using the original search strategy (see online supplemental file 3). Next, a research librarian and two scoping review experts will be consulted, and a keyword analysis based on the articles retrieved will be performed to revise the search strategy. This updated strategy will then be used to search all four databases and the grey literature.

Selection process

All references will be exported to Endnote X9 software. After eliminating duplicates, the results will be imported into the Rayyan web platform.[30] Search filters for the languages (French and English) will be added. Three researchers will ensure content validity by reading the titles and abstracts of 10% of the articles to ensure that the keywords used obtained the expected results and that the queries were performed in a similar manner. Following this, in the first round of selection, two independent reviewers will screen all the titles and abstracts to determine their relevance. Duplicates will be removed. A screening algorithm (see figure 1) will be used to perform an initial assessment of article relevance using predefined eligibility criteria. To ensure uniformity in the selection of articles, reviewers will undergo a training session to ensure they fully comprehend the screening algorithm, as well as all the terms used in the process of selecting articles. This meeting will also allow reviewers to ask any questions they may have. Following this, reviewers will begin the screening process, and have a second meeting to review their decisions and ensure uniformity among their inclusions and exclusions. For articles to be retained, both independent reviewers must consider it eligible. In the case where reviewers disagree, a third reviewer will independently review the article title and

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

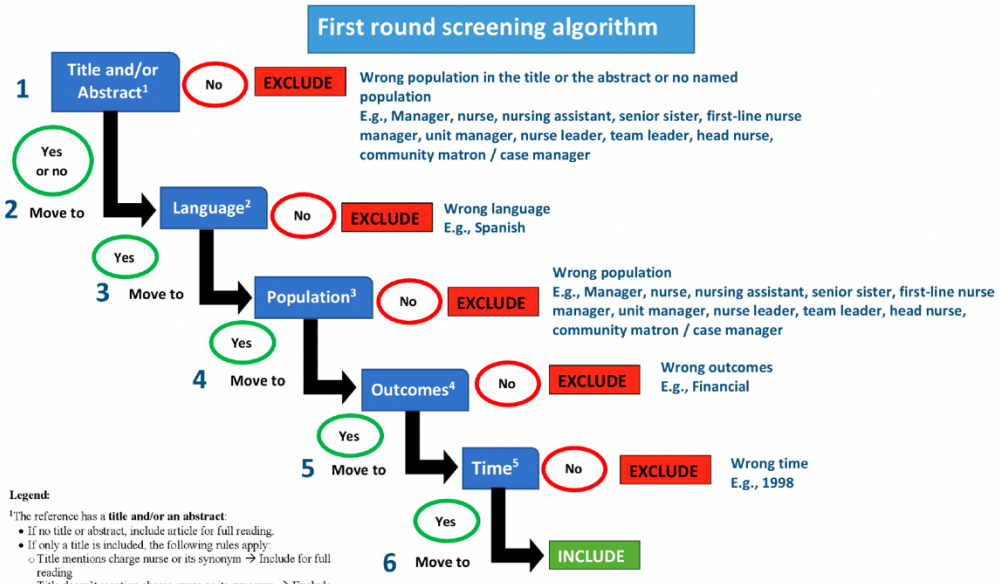


Figure 1 First round screening algorithm.

abstract and decide on inclusion or exclusion, breaking the tie. In the last round, both reviewers will read all the articles retained from the first round and assess them for eligibility. If conflicts emerge among these decisions, a third reviewer will read the article in its entirety and assess its eligibility.

Data extraction

Data will be categorised in an Excel spreadsheet based on the conceptual framework. It will include title, year of publication, authors, type of publication (government, clinical, scientific), country, objectives, reference framework, design, sample and size, tool used for data collection and data analysis, skills and subskills of the CN, results, and recommendations, and finally, if training was developed as part of the study. Data extraction will include: the skills described for the position of CN, the way these skills were operationalised in practice, the impact on the organisation of work and the quality of care. The extraction will be performed by the principal investigator and a coauthor will validate.

Data analysis and synthesis of results

A combination of the methods of Saldaña[31] and Miles *et al*[32] will be used to: (a) design and map the skills; (b) describe CN skills, how they are operationalised in practice and their impact and (c) synthesise the results to have a set of important elements for developing a training.

The results will be summarised and presented in tables, diagrams and evidence maps. Results will be grouped by skill in a detailed data table. A frequency analysis table that combines the trends of these studies will be provided. The content of the training will be developed using evidence mapping. It will be divided into sections corresponding to the CN's general position (definition of the CN, how the position evolved) and the skills targeted by Plourde.[4] Finally, a summary of the results will be made in relation to the objective of this study, conclusions will be drawn, and potential implications of these results will be shared.

Patient and public involvement

This scoping review was undertaken without patient involvement. Patients were not invited to comment on the study protocol design and were not consulted as to

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

how this work may inform patient relevant outcomes or how a patient might interpret results. The results of this work will be disseminated to the public and to the healthcare professional networks involved in this project via conferences, publications and presentations.

ETHICS AND DISSEMINATION

Since this study does not involve human participants, ethical approval is not required. However, this study is part of a larger research study aimed at the development, validation and pilot testing of training for CN. The project, along with the study setting, has already been accepted by the Research Ethics Committee of the Université du Québec en Outaouais (June 2021, # 2021-1261). The results of this study will be published in a peer-reviewed journal and presented in scientific conferences. In addition, findings will be presented to provincial Directors of Nursing in Quebec (Canada), describing how skills training for the CN will be developed.

DISCUSSION

The objective of this study is to carry out a scoping review that addresses the five skills of the CN as set out by Plourde.[4] The aim of the study is to inform the development of standardised and adapted training that will strengthen the skills of CNs, and which will be provided to the CN early in their career. These studies will describe CN skills, how they are operationalised in practice and their impact. The support offered to the CN when they take up their duties is essential, since the skills required to perform this position are specific and have been only marginally addressed during training. A thorough scoping review will provide the evidence-based data necessary to produce quality educational content. In this way when taking up their duties the CN may be better supported and given an opportunity to perform optimally. Indeed, we believe that CN training will increase staff job satisfaction,[33] which should lead to decreased staff turnover. Furthermore, having a better understanding of the skills required for the position (eg, leadership) will allow the CN to gain the respect of colleagues and their own team.[21] Finally, this training will provide avenues for the CN to obtain all necessary skills, including leadership, and thus result in increased care quality and safety.[34]

Acknowledgements The authors would like to thank the Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Outaouais foundation, Ministère de l'enseignement supérieur du Québec, Bureau de Coopération Interuniversitaire, the Canadian Nurses Foundation and the Quebec Network on Nursing Intervention Research for the scholarships awarded to MJ.

Contributors MJ, ENT and CL contributed substantially to the design and revision of this research protocol. All authors have given final approval of the version to be published.

Funding This work was supported by the Université du Québec en Outaouais, Université du Québec en Outaouais foundation, Ministère de l'enseignement supérieur du Québec, Bureau de Coopération Interuniversitaire, the Canadian Nurses Foundation and the Quebec Network on Nursing Intervention Research.

Competing interests None declared.

Patient and public involvement Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting, or dissemination plans of this research.

Patient consent for publication Not applicable.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer-reviewed.

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/.

ORCID iDs
Maripier Jubinville http://orcid.org/0000-0002-7446-3740
Eric Nguemeleu Tchouaket http://orcid.org/0000-0002-4309-0478
Caroline Longpré http://orcid.org/0000-0001-6036-287X

REFERENCES

1 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2021. Available: https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf
2 Lessard I. *Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef (AIC) [Mémoire de maîtrise inédit]*. QC: Université du Québec à Rimouski; 2018,
3 Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions. septième édition restructurée, mise à jour et enrichie. ed*. Paris: Eyrolles, 2015: 307.
4 Plourde M. *Le leadership transformationnel au coeur du référentiel de compétences des assistantes infirmières-chefs d'urgence [essai de maîtrise inédit]*. QC: Université Laval, 2012.
5 Scott A, Timmons S. Tensions within management roles in healthcare organisations. *Nurs Manag (Harrow)* 2017;24:31–7.
6 Delamater L, Hall N. Charge nurse development: what does the literature say? *Nurs Manage* 2018;49:34–40.
7 Rankin J, McGuire C, Matthews L, *et al*. Facilitators and barriers to the increased supervisory role of senior charge nurses: a qualitative study. *J Nurs Manag* 2016;24:366–75.
8 Bérubé A-A. *Complémentarité des rôles des infirmières-chefs d'unité et de leurs assistantes pour assurer des soins sécuritaires et de qualité [Mémoire de maîtrise inédit]*. QC: Université Laval, 2016.
9 Connelly LM, Yoder LH, Miner-Williams D. A qualitative study of charge nurse competencies. *MEDSURG Nurs* 2003;12:298–305;
10 Sheets B. *Charge nurse fellowship [thèse inédite de doctorat*. PA: Carlow University, 2015.
11 Westcott L. How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *J Clin Nurs* 2016;25:2669–77.
12 Armstrong L, Hedges C. An evidence-based approach to improving performance standards of the charge nurse role in a Union environment. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2006;6:25–9.
13 Lawrence N, Richardson J. To explore and understand the leadership experiences of modern matrons, within an acute NHS trust. *J Nurs Manag* 2014;22:70–9.
14 Assid PA. How to build an ED charge nurse training program. *Nurs Manage* 2010;41:49–51.
15 Spiva L, Davis S, Case-Wirth J, *et al*. The effectiveness of charge nurse training on leadership style and resiliency. *J Nurs Adm* 2020;50:95–103.
16 Jubinville M, Longpré C, Tchouaket EN. n.d. Supporting charge nurses through training: a narrative review of the literature (non published).
17 Yoder-Wise PS, Waddell J, Walton N. *Leading and managing in canadian nursing*. 2e ed. Toronto, Canada: Elsevier Health Sciences, 2020.

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

18 Kennedy K, Leclerc L, Campis S. *Human-centered leadership in healthcare: evolution of a revolution*. New-York, NY: Morgan James Publishing, 2022.
19 Collectif. *Le Petit Larousse illustré*. Paris, France: LAROUSSE, 2009.
20 Gouvernement du Canada. Résolution de problèmes. 2016. Available: https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-a-arc/renseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/resolution-problemes.html
21 Turmel Courchesne A-M. *Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu hospitalier: une étude descriptive [Mémoire de maîtrise inédit]*. QC: Université Laval, 2015.
22 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Échelles salariales et nomenclature des titres d'emploi, convention collective. 2021. Available: https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_fr.pdf?download=1
23 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. Salary scales and list of job titles, collective agreement. 2021. Available: https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/fiq_salaires-et-nomenclature-2021-2023_signets_en.pdf?download=1
24 Firth K. Ward leadership: balancing the clinical and managerial roles. *Prof Nurse* 2002;17:486–9.
25 Peters M, Munn Z. Chapter 11: scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, eds. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.
26 Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* 2005;8:19–32.
27 Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69.
28 Moher D, Shamseer L, Clarke M, *et al*. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* 2015;4:1.
29 Tricco AC, Lillie E, Zarin W, *et al*. PRISMA extension for scoping reviews (prisma-scr): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169:467–73.
30 Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, *et al*. Rayyan-a web and mobile APP for systematic reviews. *Syst Rev* 2016;5:210.
31 Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. 3e ed. Los Angeles, CA: SAGE, 2016.
32 Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 4e ed. Los Angeles, CA: SAGE, 2019.
33 Moneke N, Umeh OJ. How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. *Nurs Manage* 2013;44:53–5.
34 Hughes V. Nurse leader impact: a review. *Nurs Manage* 2019;50:42–9.

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2022-067307 on 23 February 2023. Downloaded from http://bmjopen.bmj.com/ on February 23, 2023 by guest. Protected by copyright.

Supplemental material BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s) *BMJ Open*

Additional File 1

PRISMA-P 2015 Checklist

This checklist has been adapted for use with systematic review protocol submissions to BioMed Central journals from Table 3 in Moher D et al**:** Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews* 2015 **4**:1

An Editorial from the Editors-in-Chief of *Systematic Reviews* details why this checklist was adapted - Moher D, Stewart L & Shekelle P**:** Implementing PRISMA-P: recommendations for prospective authors. *Systematic Reviews* 2016 **5**:15

Section/topic	#	Checklist item	Information reported		Line number(s)
			Yes	No	
ADMINISTRATIVE INFORMATION					
Title					
Identification	1a	Identify the report as a protocol of a systematic review	☒	☐	1
Update	1b	If the protocol is for an update of a previous systematic review, identify as such	☐	☐	N/A
Registration	2	If registered, provide the name of the registry (e.g., PROSPERO) and registration number in the Abstract	☒	☐	65
Authors					
Contact	3a	Provide name, institutional affiliation, and e-mail address of all protocol authors; provide physical mailing address of corresponding author	☒	☐	7, 17-19
Contributions	3b	Describe contributions of protocol authors and identify the guarantor of the review	☒	☐	341-343
Amendments	4	If the protocol represents an amendment of a previously completed or published protocol, identify as such and list changes; otherwise, state plan for documenting important protocol amendments	☐	☐	N/A
Support					
Sources	5a	Indicate sources of financial or other support for the review	☒	☐	345-349
Sponsor	5b	Provide name for the review funder and/or sponsor	☒	☐	345-349
Role of sponsor/funder	5c	Describe roles of funder(s), sponsor(s), and/or institution(s), if any, in developing the protocol	☐	☐	N/A

BioMed Central
The Open Access Publisher

Section/topic	#	Checklist item	Information reported		Line number(s)
			Yes	No	
INTRODUCTION					
Rationale	6	Describe the rationale for the review in the context of what is already known	☒	☐	79-130
Objectives	7	Provide an explicit statement of the question(s) the review will address with reference to participants, interventions, comparators, and outcomes (PICO)	☒	☐	130-132; 167-176
METHODS					
Eligibility criteria	8	Specify the study characteristics (e.g., PICO, study design, setting, time frame) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) to be used as criteria for eligibility for the review	☒	☐	178-219
Information sources	9	Describe all intended information sources (e.g., electronic databases, contact with study authors, trial registers, or other grey literature sources) with planned dates of coverage	☒	☐	220-242
Search strategy	10	Present draft of search strategy to be used for at least one electronic database, including planned limits, such that it could be repeated	☒	☐	Additional file 3
STUDY RECORDS					
Data management	11a	Describe the mechanism(s) that will be used to manage records and data throughout the review	☒	☐	250-251; 273-282
Selection process	11b	State the process that will be used for selecting studies (e.g., two independent reviewers) through each phase of the review (i.e., screening, eligibility, and inclusion in meta-analysis)	☒	☐	243-269
Data collection process	11c	Describe planned method of extracting data from reports (e.g., piloting forms, done independently, in duplicate), any processes for obtaining and confirming data from investigators	☒	☐	273-282
Data items	12	List and define all variables for which data will be sought (e.g., PICO items, funding sources), any pre-planned data assumptions and simplifications	☒	☐	140-153; 218-219
Outcomes and prioritization	13	List and define all outcomes for which data will be sought, including prioritization of main and additional outcomes, with rationale	☒	☐	273-282
Risk of bias in individual studies	14	Describe anticipated methods for assessing risk of bias of individual studies, including whether this will be done at the outcome or study level, or both; state how this information will be used in data synthesis	☐	☐	N/A
DATA					

BioMed Central
The Open Access Publisher

Section/topic	#	Checklist item	Information reported		Line number(s)
			Yes	No	
Synthesis	15a	Describe criteria under which study data will be quantitatively synthesized	☐	☐	N/A
	15b	If data are appropriate for quantitative synthesis, describe planned summary measures, methods of handling data, and methods of combining data from studies, including any planned exploration of consistency (e.g., I^2, Kendall's tau)	☐	☐	N/A
	15c	Describe any proposed additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression)	☐	☐	N/A
	15d	If quantitative synthesis is not appropriate, describe the type of summary planned	☒	☐	290-297
Meta-bias(es)	16	Specify any planned assessment of meta-bias(es) (e.g., publication bias across studies, selective reporting within studies)	☐	☐	N/A
Confidence in cumulative evidence	17	Describe how the strength of the body of evidence will be assessed (e.g., GRADE)	☐	☐	N/A

BioMed Central
The Open Access Publisher

Supplemental material BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s) *BMJ Open*

Additional File 2

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	2
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	3-5
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	5,8
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	2
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	8-10
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	10-11
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Additional File 3
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	12-13
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	12-13
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	N/A
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe	N/A

St. Michael's
Inspired Care.
Inspiring Science.

Supplemental material BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s) *BMJ Open*

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
		the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	13-14
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	N/A
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	N/A
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	N/A
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	N/A
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	N/A
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	N/A
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	N/A
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	N/A
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	16

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.
* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.
† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).
‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.
§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850.

St. Michael's
Inspired Care.
Inspiring Science.

Additional File 3
Research strategy in the CINHAL database

CINHAL

Numbers	Queries
1	(MM "Charge Nurses")
2	TI ((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*)) OR AB ((Charge Nurs*) OR (Matron*) OR (Ward leader) OR (Ward sister) OR (Assistant head nurse*))
3	#1 OR #2
4	(MM "Leadership") OR (MM "Personality") OR (MM "Confidence") OR (MH "Control (Psychology)") OR (MM "Creativeness") OR (MM "Dependency (Psychology)") OR (MM "Empathy") OR (MM "Honesty") OR (MM "Individuality") OR (MM "Intelligence") OR (MM "Optimism") OR (MM "Patience") OR (MM "Trust") OR (MM "Character") OR (MM "Codependency") OR (MM "Courage") OR (MM "Hardiness") OR (MM "Manipulation, Psychological") OR (MM "Perfectionism") OR (MM "Pessimism") OR (MM "Personality Development") OR (MM "Respect")
5	TI ((Leadership) OR (Personality) OR (Confidence) OR (Control (Psychology)) OR (Creativeness) OR (Dependency (Psychology)) OR (Empathy) OR (Honesty) OR (Individuality) OR (Intelligence) OR (Optimism) OR (Patience) OR (Trust) OR (Character) OR (Codependency) OR (Courage) OR (Hardiness) OR (Manipulation, Psychological) OR (Perfectionism) OR (Pessimism) OR (Personality Development) OR (Respect)) OR AB ((Leadership) OR (Personality) OR (Confidence) OR (Control (Psychology)) OR (Creativeness) OR (Dependency (Psychology)) OR (Empathy) OR (Honesty) OR (Individuality) OR (Intelligence) OR (Optimism) OR (Patience) OR (Trust) OR (Character) OR (Codependency) OR (Courage) OR (Hardiness) OR (Manipulation, Psychological) OR (Perfectionism) OR (Pessimism) OR (Personality Development) OR (Respect))
6	#4 OR #5
7	#3 AND #6
8	(MM "Communication Skills Training") OR (MM "Communication") OR (MM "Nonverbal Communication") OR (MM "Communication Skills") OR (MM "Conversation") OR (MM "Negotiation") OR (MM "Language") OR (MM "Scholarly Communication") OR (MM "Verbal Behavior")
9	TI ((Communication Skills Training) OR (Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Communication Skills) OR (Conversation) OR (Negotiation) OR (Language) OR (Scholarly Communication) OR (Verbal Behavior) OR (interpersonal communication)) OR AB ((Communication Skills Training) OR (Communication) OR (Nonverbal Communication) OR (Communication Skills) OR (Conversation) OR (Negotiation) OR (Language) OR (Scholarly Communication) OR (Verbal Behavior) OR (interpersonal communication))
10	#8 OR #9
11	#3 AND #10

Supplemental material BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s) *BMJ Open*

12	(MH "Caring") OR (MH "Watson's Theory of Caring") OR (MH "Presence)
13	TI ((Caring) OR (Watson's Theory of Caring) OR (Presence) OR (Clinical-Administrative Caring)) OR AB ((Caring) OR (Watson's Theory of Caring) OR (Presence) OR (Clinical-Administrative Caring))
14	#12 OR #13
15	#3 AND #14
16	(MM "Problem Solving") OR (MM "Problem Patients")
17	TI ((Problem Solving) OR (Problem Patients)) OR AB ((Problem Solving) OR (Problem Patients))
18	#16 OR #17
19	#3 AND #18
20	(MM "Work Environment") OR (MM "Health Facility Departments") OR (MM "Hospital Units") OR (MM "Health Facility Environment")
21	TI ((Work Environment) OR (Health Facility Departments) OR (Hospital Units) OR (Health Facility Environment) OR (Care Environment)) OR AB ((Work Environment) OR (Health Facility Departments) OR (Hospital Units) OR (Health Facility Environment) OR (Care Environment))
22	#20 OR #21
23	#3 AND #22
24	#7 AND #11 AND #15 AND #19 AND #23

Appendice E : Renouvellement approbation éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais

Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef**

Numéro(s) de projet : **2021-1261**

Identifiant Nagano : [redacted]

Chercheur principal (au CER Éval) : **Maripier Jubinville**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-06-21**

Formulaire : **F9-13972**

Date de dépôt initial du formulaire : **2024-05-22**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-05-22**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUVELLEMENT 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:

2025-06-21

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.

Appendice F : Renouvellement approbation éthique du milieu d'étude

Centre intégré de santé et de services sociaux [redacted]
Québec

Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche

Titre du protocole : **Une formation standardisée et validée en soutien à l'assitante infirmière-chef**

Numéro(s) de projet : **MP-17-2022-110, 2021-333_168_MP**

Identifiant Nagano : **2021-333_168_MP**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Éric Tchouaket Nguemeleu**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-12-08**

Formulaire : **F9H-577**

Date de dépôt initial du formulaire : **2024-10-08**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-10-08**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du Comité d'éthique de la recherche

1. **Décision du CÉR :**

Demande approuvée en évaluation déléguée (comité restreint)

Commentaires liés à la décision :

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CISSS [redacted], qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, a pris connaissance, en comité de révision déléguée le 9 octobre 2024 des informations dans le présent formulaire.

Il a été résolu de renouveler l'approbation éthique du projet de recherche pour une période d'un an.

Les membres seront informés de cette décision lors d'une prochaine réunion plénière.

Le renouvellement couvre la période :

Du :

2024-12-08

Au :

2025-12-08

Appendice G : Preuve d’acceptation article 2

Outlook

MS #1502 - "Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée" is accepted/est accepté!

De Jessica Pearce Lamothe Ms. <editor-journal-1502-2373532@dccasn.bepress.com>
Date Ven 2025-02-28 09:58
À Jubinville, Maripier [redacted]

[redacted]

Attention
L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

Maripier Jubinville, Caroline Longpré, Eric Tchouaket Nguemeleu, Stephanie Robins, Fatima El-Mousawi, Emilie Bélanger, Katya Kruglova, Drissa Sia, et Idrissa Beogo

Nous avons le plaisir de vous informer que votre manuscrit intitulé "Éléments clés à intégrer à une formation destinée à l'assistante infirmière-chef : une revue de la portée" a été accepté aux fins de publication dans la revue Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière.

Quand vous jugerez que votre manuscrit sera prêt, veuillez téléverser la dernière version. Si vous jugez qu'il est prêt maintenant, veuillez nous en informer. Veuillez confirmer la version finale avant le 14 mars 2025.

Lorsque les Corédactrices en chef auront statué sur la version finale de l'article, vous recevrez un message courriel vous demandant une dernière approbation.

Vous pouvez consulter la version actuelle de votre manuscrit en cliquant sur le lien : [redacted]

Vous pouvez également consulter les commentaires des réviseures. Pour soumettre vos corrections, veuillez utiliser le lien Manuscrit révisé / Revise Submission

Veuillez en outre vous assurer que votre document respecte les exigences de mise en page précisées à https://qane-afi.casn.ca/journal/lignes.html

QANE-AFI est une revue en accès libre assujetti à la licence Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr). Vous, les auteurs, conservez vos droits d'auteur et accordez à QANE-AFI les droits non exclusifs de publier la version finale de cet article. D'autres personnes peuvent télécharger et partager cet article, mais elles ne peuvent ni le modifier ni l'utiliser à des fins commerciales, et elles doivent faire mention des auteurs.

Thank you/Merci,

Jessica Pearce Lamothe Ms.
Managing Editor / Directrice de redaction

Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière

Appendice H : Preuve de soumission article 3

MS #1506: Submission received for Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière

Editors of Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière <editors-journal-1506@dccasn.bepress.com>
Sam 2024-08-10 10:24
À :Jubinville, Maripier [redacted]

[Vous ne recevez pas souvent de courriers de editors-journal-1506@dccasn.bepress.com. Découvrez pourquoi ceci est important à https://aka.ms/LearnAboutSenderIdentification]

Attention
L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

A new submission for Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière has been uploaded by "Maripier Jubinville" [redacted]

The authors are:
"Maripier Jubinville [redacted]
"Eric Tchouaket" <[redacted]
"Caroline Longpré" [redacted]
The title is:
"Validation d'une formation en soutien à l'exercice de la fonction d'assistante infirmière-chef : une méthode Delphi"

The keywords are:
assistante infirmière-chef, compétence, formation, méthode Delphi
The disciplines are:
Nursing Administration

The submission has been assigned #1506. Please refer to this number in any correspondence related to the submission.

Authors may check the status of the submission, submit revisions, and contact editors via the following link:

[redacted]

Editors can access the management tools for this submission at:

[redacted]

Thank you/Merci,

Appendice I : Questionnaire d'évaluation – 1er tour (méthode Delphi)

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef

Bienvenue!
Il y a 50 questions dans ce questionnaire.

CONSENTEMENT

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui vise à développer une formation standardisée, visant à soutenir l'assistante infirmière-chef (AIC)[1] dans l'appropriation de sa fonction de gestion clinico-administrative. Les objectifs de ce projet sont de : 1) développer une formation portant sur les compétences attendues de l'AIC au Québec; **2) valider auprès d'expertes le contenu de la formation, la pertinence des stratégies suggérées visant à favoriser un transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique et les mécanismes structurels proposés pour dispenser la formation aux AIC;** et 3) valider, par une mise à l'essai, la formation et son influence possible sur le renforcement des compétences selon la perspective des AIC. Vous êtes sollicitée pour participer au **deuxième objectif** de cette recherche.

Votre implication consiste à lire la formation développée, puis à la valider en répondant à un questionnaire en ligne via la plate-forme *LimeSurvey*. Le but de cette validation est d'obtenir un consensus d'expertes à 70%. Vous devrez répondre une première fois aux questions. Cela vous prendra approximativement entre 1 h 30 et 2 heures. L'étudiante chercheuse compilera vos réponses ainsi que celles des autres expertes, puis vous demandera de répondre à une deuxième série de questions pour les aspects qui n'auront pas fait consensus. Ce travail sera d'une durée approximative de 1 heure. Puis, les réponses seront de nouveau comptabilisées. S'il demeure des éléments qui n'ont pas fait consensus, vous aurez une dernière série de questions à répondre qui vous prendra de nouveau environ 1 heure. Donc, au total vous aurez deux à trois séances entre le mois ***de juillet et de octobre 2023***. Le tout sera effectué dans le confort de votre domicile à l'heure que vous le désirez. Vous aurez, la première fois, des questions sociodémographiques (lieu de travail, nombre d'années dans votre fonction, etc.) à compléter. Les consensus obtenus de vos réponses ainsi que celles des autres expertes permettront de modifier et d'améliorer la formation qui sera par la suite dispensée aux AIC lors d'une mise à l'essai.

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. ***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.*** Vous entrerez votre nom et prénom une première fois dans le questionnaire sur LimeSurvey, mais les données seront traitées et analysées de façon anonyme en vous octroyant un code numérique. Ainsi, les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'un code numérique vous sera attribué. Par le fait même, seulement l'étudiante chercheuse connaîtra votre identité qui ne sera, dans aucun cas, dévoilée dans la synthèse des résultats qui sera diffusée ni dans les communications orales ou écrites qui seront effectuées. Il n'y aura pas non plus de possibilité de retracer votre identité ou de vous identifier.

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par différentes méthodes, soit par l'envoi d'un courriel qui vous sera adressé en tant qu'experte joint d'une fiche synthèse des résultats de cette validation, par l'intermédiaire d'articles soumis dans des revues scientifiques et des présentations orales ou par affiches dans des congrès cliniques ou scientifiques. Finalement, les résultats de cette validation seront inclus dans la thèse de l'étudiante chercheuse. Les données collectées de façon virtuelle via la plateforme en ligne *LimeSurvey* ***seront sauvegardées sur le serveur de l'UQO et conservées dans un ordinateur de cette université protégé par un mot de passe***. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la thèse de l'étudiante chercheuse (garantissant une destruction permanente des données).

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer de l'étude en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux, et consiste à l'investissement de temps que vous aurez à consacrer à ce projet de recherche. L'étudiante chercheuse s'engage, advenant la survenue d'autres problématiques non soupçonnées, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'AIC est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire ne vous sera accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO (# de référence : 2021-1261). Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Madame Maripier Jubinville par courriel au [redacted] ou encore par téléphone au [redacted] Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet ou que vous désirez porter plainte, veuillez communiquer avec [redacted] président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Le fait de cocher la case *oui*, fait foi de votre signature et atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Cela ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. 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, on vous invite à poser des questions et demander des éclaircissements au besoin tout au long de votre participation à ce projet.

[1] L'utilisation du féminin est dans le but d'alléger le texte.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, en répondant oui à cette question, j'accepte de valider cette formation. *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

INSTRUCTIONS ET IDENTIFICATION

En premier lieu, nous vous prions de visionner le tutoriel qui vous expliquera comment compléter ce questionnaire: Capsule narrée - Juillet 2023.mov [redacted]

Il est suggéré de répondre au questionnaire en même temps de lire la formation. Voici le lien pour accéder à la formation : Formation AIC MJubinville - Juillet 2023.pdf [redacted]

IMPORTANT: vous ne pouvez pas partager la formation que vous validerez à une tierce personne ni l'utiliser étant donné que le projet de recherche n'est pas finalisé.

N'OUBLIEZ PAS d'enregistrer régulièrement vos réponses en cliquant sur *suivant*, puis en revenant à la page du questionnaire où vous étiez en cliquant sur *précédent*. Le temps est relativement court avant que votre session expire si vous n'avez pas cliqué sur *précédent* ou *suivant*.

Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire en relation avec le format ou la conception, s'il vous plaît, aviser l'étudiante chercheuse à son adresse courriel [redacted]

Votre aide nous est précieuse pour la validation de cette formation et le soutien apporté à nos AIC. Nous vous remercions du temps que vous accordez au projet.

Quel est votre prénom et votre nom? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

À quel sexe vous associez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Ne souhaite pas répondre
- ◯ Autre

Quel est votre titre d'emploi actuel?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Directrice
- ◯ Coordonnatrice
- ◯ Chef d'unité ou un équivalent
- ◯ Assistante infirmière-chef (AIC) ou un équivalent
- ◯ Conseillère cadre
- ◯ Formatrice/éducatrice
- ◯ Professeure
- ◯ Autre

Dans quelle région administrative travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Saguenay Lac-Saint-Jean
- ◯ Capitale-Nationale
- ◯ Mauricie et-Centre-du-Québec
- ◯ Estrie
- ◯ Montréal
- ◯ Outaouais
- ◯ Laval
- ◯ Laurentides
- ◯ Autre [ ]

Dans quel secteur travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Milieu hospitalier
- ◯ Centre d'hébergement et de longue durée
- ◯ Première ligne
- ◯ Milieu universitaire
- ◯ Autre [ ]

Dans quel secteur en milieu hospitalier travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Unité de médecine et/ou de chirurgie
- ◯ Unité des naissances
- ◯ Unité de soins pédiatriques
- ◯ Soins intensifs
- ◯ Urgence
- ◯ Santé mentale
- ◯ Prévention et contrôle des infections
- ◯ Autre [ ]

Dans quel secteur de première travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ GMF et/ou maladies chroniques
- ◯ Guichet d'accès à la première ligne
- ◯ Petite enfance et/ou périnatalité
- ◯ Soins courants
- ◯ Autre [ ]

À quelle université travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Université du Québec en Outaouais
- ◯ Université de Sherbrooke
- ◯ Autre [ ]

Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre titre d'emploi actuel?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Moins de 6 mois
- ◯ Entre 6 et 11 mois
- ◯ 1 an
- ◯ 2 ans
- ◯ 3 ans
- ◯ 4 ans
- ◯ 5 ans
- ◯ 6 ans
- ◯ 7 ans
- ◯ 8 ans
- ◯ 9 ans
- ◯ 10 ans
- ◯ 11 ans
- ◯ 12 ans
- ◯ 13 ans
- ◯ 14 ans
- ◯ 15 ans
- ◯ 16 ans
- ◯ 17 ans
- ◯ 18 ans
- ◯ 19 ans
- ◯ 20 ans
- ◯ Plus de 20 ans
- ◯ Plus de 25 ans
- ◯ Plus de 30 ans

Commentaire

Veuillez écrire votre réponse ici :

PRÉFORMATION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
1. Les informations que recevra l'AIC en préformation (par courriel et via l'entrée d'agenda) lui permettront de se préparer à la formation (diapositives #1 à #2)	◯	◯	◯	◯	◯
2. Les éléments à considérer pour la formatrice en préformation permettront l'établissement d'un climat qui favorisera l'apprentissage chez les AIC (diapositives #1 à #2)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Préformation

Veuillez écrire votre réponse ici :

INTRODUCTION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Les stratégies pédagogiques présentées sont **pertinentes** (voir les diapositives et lire les sections commentaires) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
3. Activité brise-glace (diapositive #6)	◯	◯	◯	◯	◯
4. Quel est le mot-clé qui représente pour vous l'AIC? (diapositive #7)	◯	◯	◯	◯	◯
5. Qui êtes-vous? (diapositive #8)	◯	◯	◯	◯	◯
6. Quelles sont vos attentes envers la formation d'aujourd'hui? (diapositive #9)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Introduction

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 1 – L'ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF AU CŒUR DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL

1 = Totalement en désaccord
2 = Partiellement en désaccord
3 = Partiellement en accord
4 = Totalement en accord
N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de ce premier module (diapositives #13 à #21), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
7. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
8. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
9. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
10. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
11. Permettra à l'AIC de mieux comprendre sa fonction	◯	◯	◯	◯	◯

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
12. De manière spécifique, la stratégie pédagogique *Quelles sont les qualités et caractéristiques recherchées chez une AIC?* (voir la diapositive #16 et lire la section commentaire) est pertinente	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 1

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 2 – LE LEADERSHIP

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #22 à #31), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
13. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
14. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
15. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
16. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
17. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette première section sont **pertinents pour favoriser le renforcement du leadership :**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
18. Exercice d'équipe sur le leadership (diapositive #23, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
19. Vidéo – Types de leader selon les compétences et valeurs (diapositive #30)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #32 à #41), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
20. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
21. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
22. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
23. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
24. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour favoriser le renforcement du leadership** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
25. Quatre stratégies pour faire preuve de leadership (diapositive #33)	◯	◯	◯	◯	◯
26. En quoi consiste une équipe? (diapositive #34, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
27. Vidéo – Quels sont les gestes clés du travail d'équipe? (diapositive #35)	◯	◯	◯	◯	◯
28. Éléments à considérer pour une collaboration d'équipe efficace (diapositive #36)	◯	◯	◯	◯	◯
29. Stades de développement d'une équipe (diapositive #37)	◯	◯	◯	◯	◯
30. Partage du pouvoir et de l'autonomie (diapositive #38)	◯	◯	◯	◯	◯
31. Quel est le stade de développement de mon équipe, son niveau de pouvoir et d'autonomie (diapositive #39, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 2

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 3 – LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #42 à #47), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
32. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
33. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
34. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
35. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
36. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, la stratégie pédagogique présentée dans cette première section est **pertinente pour favoriser le renforcement de la communication interpersonnelle** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
37. Comment communiquons-nous pour procéder à la reproduction d'un modèle? (diapositive #43, lire la section commentaire qui est sur deux pages)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #48 à #60), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
38. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
39. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
40. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
41. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
42. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour favoriser le renforcement de la communication interpersonnelle** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
43. Astuces pour communiquer adéquatement (diapositive #49)	◯	◯	◯	◯	◯
44. Étapes d'une communication efficace (diapositive #50)	◯	◯	◯	◯	◯

45. Dans votre quotidien d'AIC, quelles sont les barrières à vos différentes communications? (diapositive #51, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
46. Barrières à la communication (diapositive #52)	◯	◯	◯	◯	◯
47. Six modes privilégiés de communication (diapositive #53)	◯	◯	◯	◯	◯
48. Éléments à considérer lorsque nous transmettons un rapport interquart (diapositive #54)	◯	◯	◯	◯	◯
49. Structure de communication – IDÉA (SBAR) (diapositives #55 à #58)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 3

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 4 – LE CARING CLINICO-ADMINISTRATIF

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #61 à #67), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
50. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
51. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
52. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
53. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
54. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette première section sont **pertinents pour favoriser le renforcement du caring clinico-administratif** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
55. Qu'est-ce que signifie faire preuve de caring clinico-administratif? (diapositive #62, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
56. Vidéo - Quelle est la représentation dans le réseau de la santé du caring? (diapositive #64)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #68 à #74), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
57. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
58. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
59. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
60. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
61. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour favoriser le renforcement du caring clinico-administratif** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
62. Cinq processus du caring clinico-administratif (diapositive #69)	◯	◯	◯	◯	◯
63. Accompagnement d'une infirmière novice (diapositive #70)	◯	◯	◯	◯	◯
64. Trois étapes d'une rétroaction constructive (diapositive #71)	◯	◯	◯	◯	◯
65. Comment j'effectue une rétroaction constructive? (diapositive #72, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 4

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 5 – LA CAPACITÉ DE RÉSOLUTION DE PROBLÈME

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #75 à #82), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
66. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
67. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
68. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
69. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
70. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #83 à #97), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
71. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
72. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
73. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
74. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
75. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour favoriser le renforcement de la capacité de résolution de problème** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
76. Modèle RRIEVE (GRIEVE) pour résoudre un problème (diapositive #84)	◯	◯	◯	◯	◯
77. Astuces pour prendre des décisions cliniques appropriées (diapositive	◯	◯	◯	◯	◯

#85)					
78. Quel est votre style de gestion des conflits? (diapositives #86 à #87, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
79. Étapes pour la gestion d'un conflit (diapositive #88)	◯	◯	◯	◯	◯
80. Éléments à tenir compte dans la gestion d'un conflit (diapositive #89)	◯	◯	◯	◯	◯
81. Avez-vous de la difficulté à déléguer une tâche? (diapositive #90, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
82. Étapes pour effectuer la délégation d'une tâche (diapositive #91)	◯	◯	◯	◯	◯
83. Points à prendre en considération pour déléguer une tâche (diapositive #92)	◯	◯	◯	◯	◯
84. Vidéo – Comment réussir une délégation? (diapositive #92)	◯	◯	◯	◯	◯
85. Recommandations pour assurer une gestion efficace du flux des patients (diapositive #93)	◯	◯	◯	◯	◯
86. Matrice de priorisation (diapositive #94)	◯	◯	◯	◯	◯
87. Quelles situations pour chacune des catégories sont à prioriser dans vos	◯	◯	◯	◯	◯

secteurs? (diapositive #95, lire la section commentaire)					

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 5

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 6 – LA CONNAISSANCE ET LA COMPRÉHENSION DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #98 à #103), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
88. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
89. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
90. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
91. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
92. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, la stratégie pédagogique présentée dans cette première section est **pertinente pour favoriser le renforcement de la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
93. En quoi consiste la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail dans votre organisation? (diapositive #99, lira la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #104 à #108), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
94. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
95. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
96. Est pertinent	◯	◯	◯	◯	◯
97. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
98. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour favoriser la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
99. Éléments à garder en tête (diapositive #105)	◯	◯	◯	◯	◯
100. Quels sont les points forts de mes collègues et en pourquoi ils pourraient faire partie de mes personnes-ressources? (diapositive #106, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 6

Veuillez écrire votre réponse ici :

CONCLUSION

1 = Totalement en désaccord
2 = Partiellement en désaccord
3 = Partiellement en accord
4 = Totalement en accord
N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Le schéma synthèse des compétences et outils abordés au cours de la formation (diapositive #110) est :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
101. Clair	◯	◯	◯	◯	◯
102. Pertinent	◯	◯	◯	◯	◯

La stratégie pédagogique ***Qu'est-ce que je désire arrêter et commencer à faire dans ma pratique d'AIC?*** (diapositive # 111, lire la section commentaire)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
103. Est pertinente	◯	◯	◯	◯	◯
104. Permettra à l'AIC d'identifier les changements désirés dans l'exercice de sa fonction	◯	◯	◯	◯	◯
105. Motivera l'AIC à effectuer les changements désirés dans l'exercice de sa fonction	◯	◯	◯	◯	◯

Les stratégies pédagogiques présentées permettent de terminer la formation adéquatement :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
106. Retour sur les attentes et mots clés nommés en début de formation (diapositive #112)	◯	◯	◯	◯	◯
107. À tour de rôle, dites-moi avec quoi vous ressortez de la journée d'aujourd'hui? (diapositive #112)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Conclusion

Veuillez écrire votre réponse ici :

POST-FORMATION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
108. Les informations post-formation suggérées motiveront l'AIC à appliquer dans sa pratique les nouvelles connaissances apprises en formation (diapositive #113)	◯	◯	◯	◯	◯

Ceci est l'avant-dernière page du questionnaire. Vous pourrez inscrire vos commentaires généraux concernant la formation sur la prochaine page.

Commentaire - Post-formation

Veuillez écrire votre réponse ici :

ÉVALUATION GÉNÉRALE

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Dans l'ensemble, le matériel de formation (la présentation PowerPoint) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
109. Est attrayant	◯	◯	◯	◯	◯
110. Est convivial	◯	◯	◯	◯	◯
111. Favorise une écoute active lors de la formation	◯	◯	◯	◯	◯
112. Stimule la participation lors de la formation	◯	◯	◯	◯	◯
113. Tient compte de l'équité, la diversité et l'inclusion	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Évaluation générale

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre disponibilité, le temps consacré à ce projet doctoral ainsi que votre partage d'expertise qui permettra d'améliorer la formation.

N'oubliez pas que si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec Maripier Jubinville, étudiante chercheuse, à son adresse courriel ([redacted]ou par téléphone au [redacted]

02.09.2023 – 11:17

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Appendice J : Outils de recrutement des experts (méthode Delphi)

Jubinville, Maripier [redacted]
Jeu 2023-05-11 12:02
À : [redacted]

1 pièces jointes (1 Mo)
Affiche de recrutement - Delphi experts clinique (AIC et gestionnaire) pptx.pdf;

Bonjour Mme [redacted]

Je me présente, je m'appelle Maripier Jubinville. Je suis étudiante au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (campus Saint-Jérôme).

L'objectif de mon projet doctoral est de développer, valider et mettre à l'essai une formation standardisée visant à soutenir la nouvelle assistante infirmière-chef (AIC) dans l'appropriation de sa fonction. Cette formation inclura des principes favorisant un transfert des apprentissages de la théorie à la pratique. Les objectifs spécifiques de ce projet, composés de trois volets, sont de : 1) développer une formation standardisée portant sur les compétences attendues de l'AIC au Québec; 2) valider auprès d'expert.e.s le contenu de la formation, la pertinence des stratégies visant un transfert des apprentissages de la théorie à la pratique suggérées et les mécanismes structurels proposés pour dispenser la formation aux AIC (durée, etc.) ; et 3) valider la formation selon la perspective des AIC suite à une mise à l'essai de cette dernière.

En regard de votre expertise en lien avec ce titre d'emploi, vous seriez une participante (experte) tout indiquée pour contribuer à la validation de cette formation. Cela implique de lire le PowerPoint de ma formation et de remplir un questionnaire en ligne portant sur des éléments généraux et spécifiques liés à la formation développée dans un but de la valider afin qu'elle soit adaptée à l'AIC québécoise. Deux à trois séances d'une durée de 1 heure, environ chacune seront nécessaires. Un délai de deux à trois semaines sera octroyé pour compléter chacune des étapes. Le tout débutera au début du mois de juin.

Vous trouverez en pièce jointe une affiche de recrutement détaillant les informations ainsi que les critères d'inclusion. Merci de me signifier en retour à ce courriel si vous avez de l'intérêt à participer à ce projet de recherche. **Une réponse avant le 25 mai serait appréciée**.

De plus, auriez-vous à me suggérer une ou des AIC œuvrant dans cette fonction depuis au moins 6 mois et qui pourrait également valider ma formation?

Merci énormément de me soutenir dans mon étude doctorale et d'aider à l'avancement des connaissances pour soutenir nos AIC. Pour toutes questions supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi par courriel.

Cordialement,

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Assistante de recherche
Chargée de cours en sciences infirmières

Affiche de recrutement – experts provenant des établissements de soins de santé

Affiche de recrutement – experts provenant du milieu universitaire

Appendice K : Courriel acheminé aux experts – Début 1er tour (méthode Delphi)

Début du 1er tour de validation de la formation destinée à l'AIC

Jubinville, Maripier ·[redacted]
Lun 2023-07-17 09:01

[redacted]

Bonjour cher expert,

D'abord, je tiens de nouveau à vous remercier pour votre implication pour la validation de la formation destinée à l'AIC dans le cadre de mon projet doctoral. Tous les outils sont prêts pour débuter le 1er tour de validation de cette formation. Voici le lien pour accéder au sondage en ligne via LimeSurvey [redacted]

Lorsque vous ouvrirez le lien du sondage, vous débuterez par la lecture d'une fiche d'information et de consentement pour votre participation à ce projet de recherche. Ensuite, vous écouterez une capsule narrée qui vous expliquera comment valider la formation et concrètement comment utiliser les différents outils. Puis, vous pourrez télécharger la formation sur votre ordinateur. Ainsi, vous lirez la formation en même temps que vous remplirez le questionnaire. Si vous éprouvez des difficultés, n'hésitez pas à me contacter. Je vous rappelle que vous pouvez procéder à cette validation au moment qui vous convient le mieux et procéder à cette validation en plusieurs moments fractionnés.

Étant donné que nous sommes en période de vacances estivales, le délai pour compléter ce premier tour de validation sera plus long. Ainsi, s'il vous est possible de compléter votre validation **d'ici le 14 août**, ce serait grandement apprécié. Si vous croyez que vous ne pourrez pas terminer votre validation d'ici cette date, simplement à me le signifier par courriel.

Merci et au plaisir,

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Assistante de recherche
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme

Appendice L : Courriel acheminé aux experts et questionnaire d'évaluation – 2e tour (méthode Delphi)

Début 2e tour - Validation de la formation destinée à l'AIC

Jubinville, Maripier [redacted]
Mar 2023-11-14 09:05

[redacted]

Bonjour chers experts,

D'abord, je tiens de nouveau à vous remercier pour votre implication pour la validation de la formation destinée à l'AIC dans le cadre de mon projet doctoral. Tous les outils sont prêts pour débuter le 2e tour de validation de cette formation. Voici le lien pour accéder au sondage en ligne via LimeSurvey : [redacted]

Lorsque vous ouvrirez le lien du sondage, vous débuterez par la lecture d'une fiche d'information et de consentement pour votre participation à ce projet de recherche. Ensuite, vous écouterez une capsule narrée, puis, vous pourrez télécharger la formation sur votre ordinateur. Ainsi, vous lirez la formation en même temps que vous remplirez le questionnaire. Si vous éprouvez des difficultés ou que des liens d'accès à certains documents ne fonctionnent pas, n'hésitez pas à me contacter. Je vous rappelle que vous pouvez procéder à cette validation au moment qui vous convient le mieux et procéder à cette validation en plusieurs moments fractionnés.

S'il vous est possible de compléter votre validation **d'ici le 4 décembre**, ce serait grandement apprécié. Si vous croyez que vous ne pourrez pas terminer votre validation d'ici cette date, simplement à me le signifier par courriel.

Merci et au plaisir,

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Assistante de recherche
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef - tour 2

Bienvenue!
Il y a 53 questions dans ce questionnaire.

CONSENTEMENT

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui vise à développer une formation standardisée, visant à soutenir l'assistante infirmière-chef (AIC)[1] dans l'appropriation de sa fonction de gestion clinico-administrative. Les objectifs de ce projet sont de : 1) développer une formation portant sur les compétences attendues de l'AIC au Québec; **2) valider auprès d'expertes le contenu de la formation, la pertinence des stratégies suggérées visant à favoriser un transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique et les mécanismes structurels proposés pour dispenser la formation aux AIC;** et 3) valider, par une mise à l'essai, la formation et son influence possible sur le renforcement des compétences selon la perspective des AIC. Vous êtes sollicitées pour participer au **deuxième objectif** de cette recherche.

Votre implication consiste à lire la formation développée, puis à la valider en répondant à un questionnaire en ligne via la plate-forme *LimeSurvey*. Le but de cette validation est d'obtenir un consensus d'expertes à 70%. Vous devrez répondre une première fois aux questions. Cela vous prendra approximativement entre 1 h 30 et 2 heures. L'étudiante chercheuse compilera vos réponses ainsi que celles des autres expertes, puis vous demandera de répondre à une deuxième série de questions pour les aspects qui n'auront pas fait consensus. Ce travail sera d'une durée approximative de 1 h 30 heure. Puis, les réponses seront de nouveau comptabilisées. S'il demeure des éléments qui n'ont pas fait consensus, vous aurez une dernière série de questions à répondre qui vous prendra de nouveau environ 1 heure. Donc, au total vous aurez deux à trois séances entre le mois ***de juillet et de décembre 2023***. Le tout sera effectué dans le confort de votre domicile à l'heure que vous le désirez. Vous aurez, la première fois, des questions sociodémographiques (lieu de travail, nombre d'années dans votre fonction, etc.) à compléter. Les consensus obtenus de vos réponses ainsi que celles des autres expertes permettront de modifier et d'améliorer la formation qui sera par la suite dispensée aux AIC lors d'une mise à l'essai.

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. ***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.*** Vous entrerez votre nom et prénom une première fois dans le questionnaire sur LimeSurvey, mais les données seront traitées et analysées de façon anonyme en vous octroyant un code numérique. Ainsi, les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'un code numérique vous sera attribué. Par le fait même, seulement l'étudiante chercheuse connaîtra votre identité qui ne sera, dans aucun cas, dévoilée dans la synthèse des résultats qui sera diffusée ni dans les communications orales ou écrites qui seront effectuées. Il n'y aura pas non plus de possibilité de retracer votre identité ou de vous identifier.

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par différentes méthodes, soit par l'envoi d'un courriel qui vous sera adressé en tant qu'experte joint d'une fiche synthèse des résultats de cette validation, par l'intermédiaire d'articles soumis dans des revues scientifiques et des présentations orales ou par affiches dans des congrès cliniques ou scientifiques. Finalement, les résultats de cette validation seront inclus dans la thèse de l'étudiante chercheuse. Les données collectées de façon virtuelle via la plateforme en ligne *LimeSurvey* ***seront sauvegardées sur le serveur de l'UQO et conservées dans un ordinateur de cette université protégé par un mot de passe***. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la thèse de l'étudiante chercheuse (garantissant une destruction permanente des données).

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer de l'étude en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux, et consiste à l'investissement de temps que vous aurez à consacrer à ce projet de recherche. L'étudiante chercheuse s'engage, advenant la survenue d'autres problématiques non soupçonnées, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'AIC est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire ne vous sera accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO (# de référence : 2021-1261). Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Madame Maripier Jubinville par courriel au [redacted] ou encore par téléphone au [redacted] Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet ou que vous désirez porter plainte, veuillez communiquer avec [redacted] président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Le fait de cocher la case *oui*, fait foi de votre signature et atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Cela ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. 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, on vous invite à poser des questions et demander des éclaircissements au besoin tout au long de votre participation à ce projet.

[1] L'utilisation du féminin est dans le but d'alléger le texte.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, en répondant oui à cette question, j'accepte de valider cette formation. *

Mode d'accès au document

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

◯ Oui
◯ Non

INSTRUCTIONS ET IDENTIFICATION

En premier lieu, nous vous prions de visionner la capsule narrée : 2e tour - Capsule narrée - Novembre 2023.mov [redacted]

Il est suggéré de répondre au questionnaire en même temps de lire la formation. Voici le lien pour accéder à la **formation à valider pour ce 2e tour** [redacted]

Vous avez accès à un dossier partagé regroupant différents documents que vous pouvez consulter au besoin :

Capsule narrée 1er tour : 1er tour - Capsule narrée - Juillet 2023.mov [redacted]

Formation 1er tour : 1er tour - Formation AIC MJubinville - Juillet 2023.pd [redacted]

Exemple d'horaire 2e tour : 2e tour - Horaire Formation pour l'AIC .pdf [redacted]

Synthèse stratégies pédagogiques utilisées 2e tour : 2e tour - Bilan des stratégies pédagogiques incluses .pdf [redacted]

IMPORTANT: vous ne pouvez pas partager la formation que vous validerez à une tierce personne ni l'utiliser étant donné que le projet de recherche n'est pas finalisé.

N'OUBLIEZ PAS d'enregistrer régulièrement vos réponses en cliquant sur *suivant*, puis en revenant à la page du questionnaire où vous étiez en cliquant sur *précédent*. Le temps est relativement court avant que votre session expire si vous n'avez pas cliqué sur *précédent* ou *suivant*.

Si vous éprouvez des difficultés avec le questionnaire en relation avec le format ou la conception, s'il vous plaît, aviser l'étudiante chercheuse à son adresse courriel [redacted]

Votre aide nous est précieuse pour la validation de cette formation et le soutien apporté à nos AIC. Nous vous remercions du temps que vous accordez au projet.

Quel est votre prénom et votre nom? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

À quel sexe vous associez-vous?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Féminin
- ◯ Masculin
- ◯ Ne souhaite pas répondre
- ◯ Autre [ ]

Quel est votre titre d'emploi actuel?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Directrice
- ◯ Coordonnatrice
- ◯ Chef d'unité ou un équivalent
- ◯ Assistante infirmière-chef (AIC) ou un équivalent
- ◯ Conseillère cadre
- ◯ Formatrice/éducatrice
- ◯ Professeure
- ◯ Autre [ ]

Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre titre d'emploi actuel?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Moins de 6 mois
- ◯ Entre 6 et 11 mois
- ◯ 1 an
- ◯ 2 ans
- ◯ 3 ans
- ◯ 4 ans
- ◯ 5 ans
- ◯ 6 ans
- ◯ 7 ans
- ◯ 8 ans
- ◯ 9 ans
- ◯ 10 ans
- ◯ 11 ans
- ◯ 12 ans
- ◯ 13 ans
- ◯ 14 ans
- ◯ 15 ans
- ◯ 16 ans
- ◯ 17 ans
- ◯ 18 ans
- ◯ 19 ans
- ◯ 20 ans
- ◯ Plus de 20 ans
- ◯ Plus de 25 ans
- ◯ Plus de 30 ans

Dans quelle région administrative travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Saguenay Lac-Saint-Jean
- ◯ Capitale-Nationale
- ◯ Mauricie et-Centre-du-Québec
- ◯ Estrie
- ◯ Montréal
- ◯ Outaouais
- ◯ Laval
- ◯ Laurentides
- ◯ Autre

Dans quel secteur travaillez-vous?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Milieu hospitalier
- ◯ Centre d'hébergement et de longue durée
- ◯ Première ligne
- ◯ Milieu universitaire
- ◯ Autre

Dans quel secteur en milieu hospitalier travaillez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Milieu hospitalier' à la question '7 [E1]' (Dans quel secteur travaillez-vous?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Unité de médecine et/ou de chirurgie
- ◯ Unité des naissances
- ◯ Unité de soins pédiatriques
- ◯ Soins intensifs
- ◯ Urgence
- ◯ Santé mentale
- ◯ Prévention et contrôle des infections
- ◯ Autre

Dans quel secteur de première travaillez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Première ligne' à la question '7 [E1]' (Dans quel secteur travaillez-vous?)

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ GMF et/ou maladies chroniques
- ◯ Guichet d'accès à la première ligne
- ◯ Petite enfance et/ou périnatalité
- ◯ Soins courants
- ◯ Autre

À quelle université travaillez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Milieu universitaire' à la question '7 [E1]' (Dans quel secteur travaillez-vous?)

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Université du Québec en Outaouais
- ◯ Université de Sherbrooke
- ◯ Autre

Commentaire

Veuillez écrire votre réponse ici :

PRÉFORMATION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
1. Les informations que recevra l'AIC en préformation (par courriel et via l'entrée d'agenda) lui permettront de se préparer à la formation (diapositives #1 à #3)	◯	◯	◯	◯	◯
2. Les éléments à considérer pour la formatrice en préformation permettront l'établissement d'un climat qui favorisera l'apprentissage chez les AIC (diapositives #1 à #3)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Préformation

Veuillez écrire votre réponse ici :

INTRODUCTION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Les stratégies pédagogiques présentées sont **pertinentes pour créer un climat d'apprentissage positif** (voir les diapositives et lire les sections commentaires) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
3. Activité brise-glace - Formation des équipes (diapositive #8)	◯	◯	◯	◯	◯
4. Activité brise-glace - Qui êtes-vous? (diapositive #10)	◯	◯	◯	◯	◯
5. Si vous aviez à décrire votre fonction d'AIC en un mot ou deux, lequel/lesquels serait-il/seraient-ils? (diapositive #11)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Introduction

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 1 – FONCTION D'ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF

1 = Totalement en désaccord
2 = Partiellement en désaccord
3 = Partiellement en accord
4 = Totalement en accord
N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de ce premier module (diapositives #17 à #28), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
6. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
7. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
8. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
9. De manière spécifique, la stratégie pédagogique *Déterminez les compétences et sous-compétences qui y sont associées* (voir la diapositive #24 et lire la section commentaire) est pertinente pour connaître davantage sa fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
10. De manière spécifique, la stratégie pédagogique *Quelles sont les qualités requises pour assumer chacune des compétences et sous-compétences?* (voir la diapositive #27 et lire la section commentaire) est pertinente pour connaître davantage sa fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
11. De manière spécifique, la stratégie pédagogique *Quels lien ou ressemblance percevez-vous en regard aux qualités nommées à la diapositive précédente?* (voir la diapositive #28 et lire la section commentaire) est pertinente pour connaître davantage sa fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
12. De manière spécifique, la stratégie pédagogique *Parmi ces dernières, lesquelles demandent une amélioration dans le cadre de votre fonction d'AIC?* (voir la diapositive #28 et lire la section commentaire) est pertinente pour apporter un regard critique sur l'exercice de sa fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 1

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 2 – LEADERSHIP

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #29 à #40), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
13. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
14. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
15. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
16. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette première section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général du leadership :**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
17. Comment Fatima doit intervenir en tant que leader auprès des membres de son équipe? (diapositive #31, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
18. Quelles sont les similitudes entre ces caractéristiques et celles de l'AIC abordées précédemment? (diapositive #34, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
19. Vidéo - Types de leader selon les compétences et valeurs? (diapositive #39, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
20. - Description d'exemples dans la pratique de l'AIC (diapositive #39, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #41 à #54), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
21. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
22. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
23. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
24. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général du leadership** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
25. Quatre stratégies pour faire preuve de leadership (diapositive #42)	◯	◯	◯	◯	◯
26. Parmi les quatre stratégies énumérées, laquelle est à améliorer dans votre pratique? (diapositive #43, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
27. En quoi consiste une équipe? (diapositive #45, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
28. Éléments à considérer pour une collaboration d'équipe efficace (diapositive #47, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
29. Stades de développement d'une équipe (diapositive #48)	◯	◯	◯	◯	◯
30. Partage du pouvoir et de l'autonomie (diapositive #49)	◯	◯	◯	◯	◯
31. Astuces pour faire progresser notre équipe (diapositive #50)	◯	◯	◯	◯	◯
32. Veuillez cibler le stade de développement et le niveau de pouvoir / autonomie de cette équipe en plus d'énoncer les comportements attendus à adopter par l'AIC envers son équipe. (diapositive #51, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 2

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 3 – COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #55 à #64), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
33. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
34. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
35. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
36. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, la stratégie pédagogique présentée dans cette première section est **pertinente pour contribuer au processus de renforcement général de la communication interpersonnelle** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
37. Comment communiquons-nous pour procéder à la reproduction d'un modèle? (diapositive #57, lire la section commentaire qui est sur deux pages)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #65 à #82), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
38. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
39. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
40. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
41. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général de la communication interpersonnelle** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
42. Quelles sont les barrières à la communication rencontrées dans cette mise en situation et comment l'AIC devrait intervenir? (diapositive 66, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
43. Barrières à la communication (diapositive #67)	◯	◯	◯	◯	◯
44. Astuces d'une communication efficace (diapositives #68 à #69)	◯	◯	◯	◯	◯
45. Dans votre quotidien, quelles sont les astuces, parmi celles qui vous ont été présentées, qui contribuent à une communication efficace? (diapositive #70, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
46. Dans quelles situation ou contexte chacun de ces modes de communication doit être utilisé? (diapositive #72, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
47. Éléments à considérer lorsque nous transmettons un rapport interquarts entre AIC (diapositive #73)	◯	◯	◯	◯	◯
48. Structure de communication – IDÉA (diapositives #74 à #78)	◯	◯	◯	◯	◯
49. En fonction des notions apprises dans ce module, quels sont les aspects lacunaires dans cette communication? (diapositive #79, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 3

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 4 – CARING CLINICO-ADMINISTRATIF

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #83 à #91), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
50. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
51. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
52. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
53. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette première section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général du *caring* clinico-administratif** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
54. Rédigez en sous-groupe votre définition du caring clinico-administratif (diapositive #85, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
55. Vidéo - Quelle est la représentation dans le réseau de la santé du caring? (diapositive #87, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #92 à #104), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
56. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
57. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
58. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
59. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général du caring clinico-administratif** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
60. Cinq processus du caring clinico-administratif (diapositive #93)	◯	◯	◯	◯	◯
61. Comment Nicolas mettra en application les cinq processus du caring clinico-administratif vus précédemment? (diapositive #94, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
62. Accompagnement d'un nouveau membre de l'équipe lors de son orientation (diapositive #96)	◯	◯	◯	◯	◯
63. Trois étapes d'une rétroaction constructive (diapositives #98 à #99)	◯	◯	◯	◯	◯
64. Quelles sont les lacunes de Caroline dans cette rétroaction et les impacts possibles? (diapositive #100, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
65. Exercez-vous à effectuer une rétroaction constructive! (diapositive #101, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 4

Veuillez écrire votre réponse ici :

TRAVAUX À EFFECTUER AVANT LE JOUR 2 ET RETOUR SUR LES NOTIONS VUES AU JOUR 1

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

En regard aux travaux à effectuer avant le jour 2 de formation:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
66. Les travaux suggérés permettront à l'AIC d'intégrer à sa pratique les connaissances apprises (diapositive #105)	◯	◯	◯	◯	◯
67.Les travaux suggérés permettront à l'AIC de renforcer les compétences vues au jour 1 (diapositive #105)	◯	◯	◯	◯	◯

En regard au retour sur les notions vues au jour 1 :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
68. Les questions sont pertinentes afin d'apporter un regard critique sur l'exercice de sa fonction d'AIC (diapositive #108, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Travaux à effectuer et retour jour 1

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 5 – CAPACITÉ DE RÉSOLUTION DE PROBLÈME

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #109 à #116), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
69. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
70. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
71. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
72. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #117 à #143), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
73. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
74. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
75. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
76. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général de la capacité de résolution de problème** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
77. Parlez-nous d'une problématique ou d'un conflit qui s'est déroulé dans votre secteur de soins et dites-nous comment le tout s'est résolu. Qui sont vos alliés dans la résolution d'un problème? (diapositive #118, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
78. Modèle RRIEVE pour résoudre un problème (diapositives #119 à #120)	◯	◯	◯	◯	◯
79. Astuces pour prendre des décisions cliniques appropriées (diapositives #121 à #122)	◯	◯	◯	◯	◯
80. Quel est votre style de gestion des conflits? (diapositives #123 à #125, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
81. Types et sources de conflits (diapositives #127 à #128)	◯	◯	◯	◯	◯
82. À votre avis, à quel moment l'AIC doit discuter du conflit avec son gestionnaire afin qu'il prenne le relais? (diapositive #129, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯
83. Étapes pour la gestion d'un conflit (diapositive #130)	◯	◯	◯	◯	◯
84. Éléments à tenir compte dans la gestion d'un conflit (diapositive #131)	◯	◯	◯	◯	◯
85. Exercez-vous à procéder à une gestion de conflit entre Yoan et Julie	◯	◯	◯	◯	◯

(diapositive #132, lire la section commentaire)					
86. Points à prendre en considération pour déléguer une tâche et vidéo (diapositive #133, lire la section commentaire)	○	○	○	○	○
87. Étapes pour effectuer la délégation d'une tâche (diapositive #134)	○	○	○	○	○
88. Quelles questions devons-nous se poser à chacune des étapes? (diapositives #135 à #136, lire la section commentaire)	○	○	○	○	○
89. Exercez-vous à tour de rôle à reprendre cette mise en situation en procédant à une délégation efficace (diapositive #137, lire la section commentaire)	○	○	○	○	○
90. Recommandations pour assurer une gestion efficace du flux des usagers (diapositive #138)	○	○	○	○	○
91. Matrice de priorisation (diapositive #139, lire la section commentaire)	○	○	○	○	○
92. Classifiez chaque tâche dans un des quatre quadrants de la matrice de priorisation (diapositive #140, lire la section commentaire)	○	○	○	○	○

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 5

Veuillez écrire votre réponse ici :

MODULE 6 – CONNAISSANCE ET LA COMPRÉHENSION DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 1** (diapositives #144 à #150), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
93. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
94. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
95. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
96. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, la stratégie pédagogique présentée dans cette première section est **pertinente pour contribuer au processus de renforcement général de la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
97. En quoi consiste la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail dans votre organisation? (diapositive #146, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Suite à la lecture de l'ensemble de la **SECTION 2** (diapositives #151 à #156), **le contenu** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
98. Est applicable à la fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
99. Est clair	◯	◯	◯	◯	◯
100. Est structuré de façon logique	◯	◯	◯	◯	◯
101. Permettra à l'AIC d'intégrer ses nouvelles connaissances dans sa pratique	◯	◯	◯	◯	◯

De manière spécifique, les outils et les stratégies pédagogiques présentés dans cette deuxième section sont **pertinents pour contribuer au processus de renforcement général de la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail** :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
102. Éléments à garder en tête (diapositive #152)	◯	◯	◯	◯	◯
103. Discutez avec vos collègues de classe afin de connaître leurs points forts et déterminez en quoi ils pourraient faire partie de vos personnes-ressources. (diapositive #153, lire la section commentaire)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Module 6

Veuillez écrire votre réponse ici :

CONCLUSION

1 = Totalement en désaccord
2 = Partiellement en désaccord
3 = Partiellement en accord
4 = Totalement en accord
N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Le schéma synthèse des compétences et outils abordés au cours de la formation (diapositive #158) est :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
104. Clair	◯	◯	◯	◯	◯
105. Pertinent afin de faire le bilan des connaissances apprises	◯	◯	◯	◯	◯

La stratégie pédagogique ***En regard aux diverses informations entendues, vues, expérimentées et apprises durant la formation, complétez votre plan d'action afin de vous fixer un objectif en lien avec votre pratique d'AIC*** (diapositive # 159, lire la section commentaire) est:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
106. Est pertinente pour porter un regard critique sur l'exercice de sa fonction d'AIC	◯	◯	◯	◯	◯
107. Permettra à l'AIC d'identifier les changements désirés dans l'exercice de sa fonction	◯	◯	◯	◯	◯
108. Motivera l'AIC à effectuer les changements désirés dans l'exercice de sa fonction	◯	◯	◯	◯	◯

Les stratégies pédagogiques présentées permettent de terminer la formation adéquatement :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
109. Retour sur les attentes et mots clés nommés en début de formation (diapositive #160)	◯	◯	◯	◯	◯
110. À tour de rôle, dites-moi avec quoi vous ressortez de la journée d'aujourd'hui? (diapositive #160)	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Conclusion

Veuillez écrire votre réponse ici :

POST-FORMATION

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
111. Les informations post-formation suggérées motiveront l'AIC à appliquer dans sa pratique les nouvelles connaissances apprises en formation (diapositive #161)	◯	◯	◯	◯	◯

Ceci est l'avant-dernière page du questionnaire. Vous pourrez inscrire vos commentaires généraux concernant la formation sur la prochaine page.

Commentaire - Post-formation

Veuillez écrire votre réponse ici :

ÉVALUATION GÉNÉRALE

1 = Totalement en désaccord

2 = Partiellement en désaccord

3 = Partiellement en accord

4 = Totalement en accord

N/A = Non-applicable (à cocher uniquement si vous ne détenez pas l'expertise pour répondre à la question)

Dans l'ensemble, le matériel de formation (la présentation PowerPoint) :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	N/A
112. Est attrayant	◯	◯	◯	◯	◯
113. Est convivial	◯	◯	◯	◯	◯
114. Favorise une écoute active lors de la formation	◯	◯	◯	◯	◯
115. Stimule la participation lors de la formation	◯	◯	◯	◯	◯
116. Tient compte de l'équité, la diversité et l'inclusion	◯	◯	◯	◯	◯

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

Commentaire - Évaluation générale

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci pour votre disponibilité, le temps consacré à ce projet doctoral ainsi que votre partage d'expertise qui permettra d'améliorer la formation.

N'oubliez pas que si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec Maripier Jubinville, étudiante chercheuse, à son adresse courriel [redacted]
ou par téléphone au [redacted]

22.12.2023 – 15:11

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Appendice M : Preuve de soumission article 4

RSI-2024-54 - (530) Confirmation de la soumission du manuscript

Recherche en soins infirmiers <rsi@manuscriptmanager.net>
Dim 2024-09-15 10:05
À :Jubinville, Maripier [redacted]

Vous ne recevez pas souvent de courriers de la part de rsi@manuscriptmanager.net. Découvrez pourquoi cela est important

Attention L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

Manuscrit : RSI-2024-54 - (530) - La mise en œuvre d'une formation en soutien à l'assistante infirmière-chef : une approche participative
Implementing training to support the charge nurse: a participatory research method

Auteurs : Maripier Jubinville (Corresponding Author), Éric Tchouaket Nguemeleu (Co-author), Caroline Longpré (Co-author)
Date de soumission : 2024-09-15

Bonjour Mrs Jubinville
Merci beaucoup d'avoir soumis le manuscrit mentionné ci-dessus. Veuillez utiliser le numéro du manuscrit ci-dessus dans tous vos messages le concernant.

Le manuscrit sera maintenant transmis à nos rédacteurs/rédactrices ainsi qu'aux relecteurs/relectrices chargés/ées de son évaluation. Nous vous informerons dès qu'une décision aura été prise par le comité de rédaction.

Pour suivre la progression de votre manuscrit, vous pouvez consulter le rapport d'avancement, accessible depuis l'aperçu de votre compte.

Cordialement,

La Rédaction

Manuscript submission confirmation

Thank you very much for submitting the above manuscript. Please use the manuscript number as listed above on all correspondence about the manuscript.

The manuscript will now be forwarded to our Editors and reviewers and we shall inform you as soon as a decision has been made by the editorial board.

The progress of your manuscript can be followed from the progress report accessed from your account overview.

Appendice N : Outils de recrutement – Mise en œuvre

Participants recherchés pour un projet de recherche :

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef (AIC)

La recherche composée de 3 volets vise à 1) développer; 2) valider; et 3) mettre à l'essai une formation destinée à soutenir l'AIC au Québec dans l'appropriation de sa fonction de gestion clinico-administrative par le renforcement de ses compétences.

Cette partie de la recherche s'attarde à la mise à l'essai de la formation.

Votre participation implique d'être libérée et rémunérée par votre gestionnaire pour assister à une formation d'une journée et demie et participer à une discussion dirigée d'une demi-journée en respectant les mesures sociosanitaires en vigueur. Vous remplirez un questionnaire en ligne après chacun des modules de formation où vous donnerez votre perspective sur le contenu et les principes favorisant le transfert des apprentissages dans la pratique. Vous participerez également à une discussion dirigée enregistrée à la fin de la formation. Cette dernière vous permettra d'émettre votre point de vue en regard aux facteurs facilitants et contraignants l'implantation de cette formation de manière systématique dans les organisations de santé.

https://pxhere.com/fr/photo/1446246

La formation (incluant la discussion dirigée) aura lieu :

Dates : 11 mars et 2 avril
OU
12 mars et 3 avril

Heures : 8 h à 16 h

Lieu :

Projet de recherche approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO

Les participants doivent :

- Détenir un poste ou être remplaçant AIC au CISSS
- Être titulaire d'un permis valide de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Les participants **ne doivent pas** être en suivi de compétences, déontologique ou disciplinaire

Recherche menée par Maripier Jubinville, étudiante chercheuse au doctorat sur mesure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais supervisée par
Professeure Caroline Longpré, directrice de recherche et Professeur Éric Nguemeleu Tchouaket, co-directeur de recherche

Pour en savoir plus, contactez-moi par courriel au jubm01@uqo.ca ou par téléphone ou message texte au

Affiche de recrutement en date de janvier 2024

Appendice O : Courriel acheminé aux participants – Mise en œuvre

Ce même courriel a été acheminé aux participants du deuxième groupe, avec les dates adaptées, soit le jour 1 = 12 mars 2024 et le jour 2 = 3 avril 2024.

Confirmation formation pour l'assistante infirmière-chef au [redacted] - 11 mars et 2 avril

Jubinville, Maripier <jubm01@uqo.ca>
Jeu 2024-02-15 14:18

[redacted]

1 pièces jointes (241 ko)
Formulaire de consentement _Mise à l'essai_mod janv 2024.pdf;

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Maripier Jubinville et je suis étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Tout d'abord, je vous remercie grandement d'avoir accepté de participer à mon projet de recherche. Ce dernier vise à mettre à l'essai la formation qui a pour titre *Le renforcement des compétences en gestion clinico-administrative de l'assistante infirmière-chef* que je vous dispenserai en mars et avril prochain. Comme la formation est dispensée dans le cadre d'un projet de recherche, un consentement signé de votre part est requis. Ce dernier est en pièce jointe de ce courriel. Donc, merci de bien vouloir le signer et me le retourner par courriel **avant le 29 février**. Ce dernier est nécessaire pour votre participation à la formation.

La formation sera d'une durée d'une journée et demie et abordera les cinq compétences nécessaires à l'exercice de votre fonction d'assistante infirmière -chef (AIC). Pour la demi-journée restante, il s'agira d'une discussion dirigée de groupe que nous effectuerons afin de cibler les facteurs qui, à votre avis, pourraient faciliter ou contraindre l'implantation de cette formation dans les établissements du réseau de la santé. Voici l'horaire des deux journées :

Jour 1
-Introduction
-Module 1 : Fonction d'assistante infirmière-chef
-Module 2 : Leadership
-Module 3 : Communication interpersonnelle
-Module 4 : *Caring* clinico-administratif

Jour 2
-Retour sur les notions vues et expérimentées au jour 1
-Module 5 : Capacité de résolution de problème
-Module 6 : Connaissance et compréhension de l'environnement de soins
-Conclusion
-Discussion dirigée de groupe

Cette formation sera active et vise la co-construction des connaissances. Ainsi, afin de favoriser vos apprentissages et vous mettre dans l'action, différentes stratégies pédagogiques seront utilisées telles que des discussions, des études de cas, des jeux de rôle, le visionnement de vidéos, etc.

Les objectifs visés par cette formation sont les suivants :

- Résoudre des mises en situation liées aux compétences à maîtriser en tant qu'AIC
- Apprécier sa pratique d'AIC et noter les changements à apporter à cette dernière
- Adapter sa pratique en fonction des nouvelles connaissances acquises
- Renforcer les compétences requises à l'exercice de sa fonction d'AIC

Un guide du participant en format PDF vous sera acheminé par courriel une semaine avant la formation. Ainsi, vous pourrez procéder à son impression si vous désirez avoir une copie papier pendant la formation afin d'y prendre des notes ou encore vous pourrez apporter votre ordinateur portable ou votre tablette électronique si vous désirez y prendre des notes pendant la formation. Notez qu'aucune copie papier de ce guide du participant ne vous sera remise pendant la formation.

Après chacun des modules de formation, vous devrez répondre à un questionnaire en ligne via la plateforme *LimeSurvey* visant à vous prononcer sur le contenu de la formation et les modalités de dispensation de cette dernière. Ainsi, assurez-vous d'apporter un ordinateur portable, une tablette électronique ou votre cellulaire. Le Wifi **ne sera pas** accessible dans la salle de formation. Si la complétion du sondage en ligne est un enjeu pour vous, merci de me le signifier par courriel.

Voici les informations pour vos deux journées de formation :

Dates :
- Jour 1 = 11 mars 2024
- Jour 2 = 2 avril 2024

Heure : 8 h à 16 h
Lieu : [redacted]
Consignes spécifiques :
- Vous devrez vous stationner dans le stationnement pour employés de l'hôpital de [redacted]
- [redacted] pour accéder à la cafétéria de l'hôpital si vous le désirez. Vous pourrez aussi apporter votre lunch, il y a un micro-ondes dans la salle de formation.

Je demeure disponible si vous avez des questions et au plaisir de vous rencontrer en mars prochain.

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme

Appendice P : Formulaire de consentement – Mise en œuvre

Formulaire de consentement et de confidentialité

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef

Maripier Jubinville, étudiante chercheuse au département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) supervisée par
Professeure Caroline Longpré, directrice de recherche et
Professeur Éric Nguemeleu Tchouaket, co-directeur de recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui vise à développer une formation standardisée, visant à soutenir l'assistante infirmière-chef (AIC)[1] dans l'appropriation de sa fonction de gestion clinico-administrative. Les objectifs de ce projet sont de : 1) développer une formation portant sur les compétences attendues de l'AIC au Québec; 2) valider auprès d'expertes le contenu de la formation, la pertinence des stratégies suggérées visant à favoriser un transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique et les mécanismes structurels proposés pour dispenser la formation aux AIC; et **3) mettre à l'essai la formation pour valider son contenu, cibler les principes favorisant le transfert des apprentissages et les facteurs facilitants et contraignants son implantation de manière systématique dans les organisations.** Vous êtes sollicitées pour participer au **troisième objectif** de cette recherche.

Votre implication consiste à participer avec 29 autres AIC divisées en deux groupes, à une formation d'une durée d'une journée et demie et d'une discussion dirigée de groupe d'une demi-journée qui seront dispensées à raison, pour chacun des deux groupes, d'une journée en mars et d'une seconde journée en avril 2024. Ces deux journées se dérouleront en présentiel ou de façon virtuelle via la plateforme Zoom selon les mesures sociosanitaires en vigueur. Afin de vous permettre d'y participer, vous serez libérée et rémunérée par votre CISSS. Après chacun des modules de formation, vous devrez répondre à un questionnaire en ligne via la plateforme *LimeSurvey* (compris dans la journée et demie) visant à vous prononcer sur le contenu de la formation et les modalités de dispensation de cette dernière. Vous aurez aussi des questions sociodémographiques (lieu de travail, nombre d'années dans votre fonction, etc.) à compléter. Lors de la demi-journée allouée à la discussion dirigée, le groupe sera divisé en deux équipes de sept à huit participants chacune. L'étudiante chercheuse remettra à chacune des équipes un document identique regroupant sept questions sur lesquelles vous devrez discuter en équipe durant un temps déterminé par l'étudiante chercheuse. Ensuite, une discussion en grand groupe sous forme de plénière aura lieu. Un rapporteur pour chacune des deux équipes effectuera une synthèse des éléments ayant été discutés en équipe pour chacune des questions. Puis, chacun des participants pourra intervenir et approfondir un propos, s'il y a lieu. Les discussions qui auront lieu en équipe ne seront pas enregistrées. Toutefois, l'ensemble de la discussion qui aura lieu sous forme de plénière le sera (son uniquement).

Pour assurer la confidentialité des données recueillies durant la formation et la discussion dirigée, vous devrez signer une entente de confidentialité afin que le contenu des échanges et des personnes qui ont partagé ce contenu puissent demeurer confidentiel au sein du groupe. 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. ***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. Les données collectées via le questionnaire en ligne après chacun des modules de formation seront traitées et analysées de façon anonyme en vous octroyant un code numérique. Vous n'aurez pas à décliner votre identité sur ce questionnaire. Au niveau de la discussion dirigée, votre identité ne sera pas enregistrée. Une synthèse des données émergentes de cette discussion sous forme de plénière sera créée faisant référence aux équipes uniquement, en ne mentionnant pas les participants qui en feront partis. Ainsi, les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Toutefois, l'étudiante chercheuse connaîtra votre identité, les autres participants à ces deux journées également, ainsi que votre gestionnaire puisqu'il vous aura libéré pour y participer. Toutefois, ce dernier n'aura dans aucun cas accès aux données de recherche. Votre identité ne sera, dans aucun cas, dévoilée dans la synthèse des résultats qui sera diffusée ni dans les communications orales ou écrites qui seront effectuées. Il n'y aura pas non plus de possibilité de retracer votre identité ou de vous identifier.

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par différentes méthodes, soit par l'intermédiaire d'articles soumis dans des revues scientifiques et cliniques (au sein de votre CISSS) et de présentations orales ou par affiches dans des congrès cliniques ou scientifiques. Finalement, les résultats seront inclus dans la thèse de l'étudiante chercheuse. Les données collectées de façon virtuelle via la plateforme en ligne *LimeSurvey* seront sauvegardées sur le serveur de l'UQO et conservées dans un ordinateur de cette université protégé par un mot de passe. Les enregistrements audios seront également conservés dans un ordinateur de l'UQO protégé par un mot de passe. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la thèse de l'étudiante chercheuse (garantissant une destruction permanente des données).

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps lors de l'étude et sans aucun préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux, et consiste à l'investissement de temps que vous aurez à consacrer à ce projet de recherche. En effet, certaines AIC pourraient trouver la formation et la discussion dirigée d'une durée trop grande leur occasionnant un stress ou un sentiment d'impatience. L'étudiante chercheuse s'engage, advenant la survenue d'autres problématiques non soupçonnées, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'AIC, et le fait de bénéficier gratuitement de cette formation portant sur les compétences de l'AIC sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire, outre la rémunération pour votre journée de travail, ne vous sera accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO (# de référence : 2021-1261) en date du 21 juin 2021 et du CISSS [redacted] (# de référence 2021-333-168) en date du 14 décembre 2021. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Madame Maripier Jubinville par courriel au [redacted] ou encore par téléphone au [redacted] Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant de recherche ou concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec [redacted], président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais ou avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS [redacted] aux coordonnées suivantes :

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS [redacted] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

Engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche et de l'étudiante chercheuse

Nous, Éric Tchouaket Nguemeleu et Maripier Jubinville, certifions que nous sommes disponibles à répondre aux questions du participant en regard à ce présent formulaire d'information, de confidentialité et de consentement, et nous certifions qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. 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, on vous invite à poser des questions et demander des éclaircissements au besoin tout au long de votre participation à ce projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, en signant, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

CONSENTEMENT À GARDER LE CONTENU DES ÉCHANGES CONFIDENTIEL ET L'IDENTITÉ DES PARTICIPANTS :

En signant, je m'engage à garder confidentiels le contenu des échanges et l'identification des personnes qui participeront aux deux journées.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO :

En signant, j'accepte que le son soit enregistré pendant la discussion qui aura lieu sous forme de plénière.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

Vous pouvez conserver une copie de ce formulaire signé.

Appendice Q : Questionnaire d'évaluation – Mise à l'essai de la formation

Questionnaire d'évaluation – Jour 1

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef

Pour chaque question, s'il vous plaît sélectionnez un des quatre choix de réponse suivants : (1) totalement en désaccord ; 2) partiellement en désaccord ; 3) partiellement en accord ; et 4) totalement en accord.

Données sociodémographiques

À quel sexe vous associez-vous?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre _____

Dans quel secteur travaillez-vous?

Milieu hospitalier

- ☐ Unité de médecine et/ou de chirurgie
- ☐ Unité des naissances
- ☐ Unité de pédiatrie
- ☐ Santé mentale adulte ou pédopsychiatrie
- ☐ Soins intensifs
- ☐ Urgence
- ☐ Endoscopie
- ☐ Autre : _____

Première ligne

- ☐ Soutien à domicile
- ☐ Petite enfance et/ou périnatalité
- ☐ Autre :_____

- ☐ Centre d'hébergement et de longue durée
- ☐ Ressources non institutionnelles (RNI)
- ☐ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- ☐ 20 à 30 ans
- ☐ 31 à 40 ans
- ☐ 41 à 50 ans
- ☐ 51 à 60 ans
- ☐ 61 ans et plus

Combien d'années d'expérience avez-vous comme *infirmière*?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Entre 13 mois et 2 ans
- ☐ Entre 3 ans et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Combien d'années d'expérience avez-vous comme *assistante infirmière-chef (AIC)*?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Entre 13 mois et 2 ans
- ☐ Entre 3 ans et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

1. ***Lorsque vous avez débuté votre fonction d'AIC*, avez-vous bénéficié d'une formation visant à vous préparer à assumer votre nouvelle fonction? Si oui, précisez le contenu général abordé et la durée de cette dernière.**
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

Contenu général abordé : _____

_____

_____

_____

Durée de la formation : _____

2. ***Lorsque vous avez débuté votre fonction d'AIC*, avez-vous bénéficié d'une orientation spécifique dispensée par une AIC expérimentée (infirmière qui travaille dans votre secteur de soins comme AIC depuis au moins 2 ans)?**
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

3. **Depuis que vous êtes AIC, à l'exception d'une possible formation reçue lorsque vous avez débuté votre fonction, avez-vous bénéficié de soutien par le biais d'une des stratégies suivantes?**
   - ☐ Formation continue portant sur une compétence spécifique *(précisez laquelle en commentaire)*
   - ☐ Mentorat
   - ☐ Groupe de discussion avec d'autres AIC
   - ☐ Autre *(précisez en commentaire)*

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Données sociodémographiques

Introduction

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

	1	2	3	4
4. Les exercices effectués ont permis de créer un climat de confiance				

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Introduction

Module 1 – Fonction d'assistante infirmière-chef

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce premier module de formation :

	1	2	3	4
5. Est applicable à ma fonction d'AIC				
6. Est clair				
7. Est structuré de façon logique				
8. Me permet de mieux connaître ma fonction d'AIC				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
9. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

10. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 1

Module 2 - Leadership

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce deuxième module de formation :

	1	2	3	4
11. Est applicable à ma fonction d'AIC				
12. Est clair				
13. Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
14. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

	1	2	3	4
15. Globalement, ce module de formation me permettra de renforcer ma compétence du leadership				

16. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 2

Module 3 – Communication interpersonnelle

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce troisième module de formation :

	1	2	3	4
17. Est applicable à ma fonction d'AIC				
18. Est clair				
19. Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
20. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

	1	2	3	4
21. Globalement, ce module de formation me permettra de renforcer ma compétence de la communication interpersonnelle				

22. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 3

Module 4 – *Caring* clinico-administratif

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce quatrième module de formation :

	1	2	3	4
23. Est applicable à ma fonction d'AIC				
24. Est clair				
25. Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
26. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

	1	2	3	4
27. Globalement, ce module de formation me permettra de renforcer ma compétence du *caring* clinico-administratif				

28. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 4

Merci énormément pour votre participation à ce projet de recherche.

Ce questionnaire a été développé en s'inspirant de Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). Kirkpatrick's four levels of training evaluation. ATD Press.

UQO

Centre intégré de santé et de services sociaux Québec

Questionnaire d'évaluation – Jour 2

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef

Pour chaque question, s'il vous plaît sélectionnez un des quatre choix de réponse suivants : (1) totalement en désaccord ; 2) partiellement en désaccord ; 3) partiellement en accord ; et 4) totalement en accord.

Données sociodémographiques

À quel sexe vous associez-vous?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Autre _____

Dans quel secteur travaillez-vous?

Milieu hospitalier

- ☐ Unité de médecine et/ou de chirurgie
- ☐ Unité des naissances
- ☐ Unité de pédiatrie
- ☐ Santé mentale adulte ou pédopsychiatrie
- ☐ Soins intensifs
- ☐ Urgence
- ☐ Endoscopie
- ☐ Autre : _____

Première ligne

- ☐ Soutien à domicile
- ☐ Petite enfance et/ou périnatalité
- ☐ Autre :_____

- ☐ Centre d'hébergement et de longue durée
- ☐ Ressources non institutionnelles (RNI)
- ☐ Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- ☐ 20 à 30 ans
- ☐ 31 à 40 ans
- ☐ 41 à 50 ans
- ☐ 51 à 60 ans
- ☐ 61 ans et plus

Combien d'années d'expérience avez-vous comme *infirmière*?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Entre 13 mois et 2 ans
- ☐ Entre 3 ans et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Combien d'années d'expérience avez-vous comme *assistante infirmière-chef (AIC)*?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 12 mois
- ☐ Entre 13 mois et 2 ans
- ☐ Entre 3 ans et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Données sociodémographiques

Module 5 – Capacité de résolution de problème

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce cinquième module de formation :

	1	2	3	4
29. Est applicable à ma fonction d'AIC				
30. Est clair				
31. Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
32. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

	1	2	3	4
33. Globalement, ce module de formation me permettra de renforcer ma compétence de la capacité de résolution de problème				

34. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 5

Module 6 – Connaissance et compréhension de l'environnement de travail

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de ce sixième module de formation :

	1	2	3	4
35. Est applicable à ma fonction d'AIC				
36. Est clair				
37. Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
38. Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

	1	2	3	4
39. Globalement, ce module de formation me permettra de renforcer ma compétence de la connaissance et compréhension de l'environnement de travail				

40. Avez-vous des recommandations à mentionner pour ce module de formation?

☐ Oui *(recommandations à inscrire dans la section commentaire)*
☐ Non

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Module 6

Conclusion

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Le contenu de la conclusion :

	1	2	3	4
41.Est applicable à ma fonction d'AIC				
42.Est clair				
43.Est structuré de façon logique				

Les exercices effectués et les outils présentés me permettront de :

	1	2	3	4
44.Transférer plus facilement les apprentissages effectués en formation dans ma pratique				

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Conclusion

Évaluation générale

1. Totalement en désaccord
2. Partiellement en désaccord
3. Partiellement en accord
4. Totalement en accord

Dans l'ensemble, le matériel de formation (la présentation PowerPoint) :

	1	2	3	4
45. Est attrayant				
46. Est convivial				
47. A favorisé une écoute active lors de la formation				
48. A stimulé ma participation lors de la formation				
49. Tient compte de l'équité, la diversité et l'inclusion				

	1	2	3	4
50. J'étais motivée à participer à cette formation				
51. Avant de participer à la formation, mon gestionnaire m'a nommé les attentes qu'il avait envers moi à la suite de ma participation à la formation				
52. Avant de participer à cette formation, je désirais y participer afin de m'aider à renforcer mes compétences et exercer optimalement ma fonction d'AIC				

	1	2	3	4
53. La formatrice a su créer un climat propice aux apprentissages				
54. L'environnement de formation (salle de formation) était adéquat pour favoriser un climat d'apprentissage				
55. Globalement, la durée de la formation était adéquate				
56. L'organisation du temps de formation (une journée complète et une demi-journée) a favorisé mon apprentissage et ma rétention de l'information				
57. Cette formation a retenu mon intérêt				
58. Cette formation a répondu à mes attentes				
59. Je suis satisfaite d'avoir assisté à cette formation				
60. Cette formation doit être dispensée à toutes les nouvelles AIC en début de fonction				

	1	2	3	4
61. J'ai appris plusieurs nouvelles connaissances dans la formation *(veuillez préciser lesquelles en commentaire)* qui m'aideront dans l'exercice de ma fonction d'AIC				
62. Ça vaudra la peine pour moi d'appliquer ce que j'ai appris				
63. Je suis confiante de pouvoir appliquer ce que je viens d'apprendre				
64. Lorsque j'exercerai mon travail sur le terrain, je mettrai en application ce que j'ai appris au cours de cette formation				

Selon ma perception :

	1	2	3	4
65. Ma performance au travail sera améliorée grâce à l'application des connaissances que je viens d'apprendre				
66. La mise en pratique des nouvelles connaissances acquises facilitera le flux des activités dans mon secteur de soins				
67. La mise en pratique des connaissances apprises sera positive *pour mon secteur de soins*				
68. La mise en pratique des connaissances apprises sera positive *pour l'atteinte des objectifs ciblés par mon CISSS*				

Vous devez inscrire le numéro de la question pour lequel s'adresse votre commentaire.

#	Commentaire – Évaluation générale

Merci énormément pour votre participation à ce projet de recherche.

Ce questionnaire a été développé en s'inspirant de Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). Kirkpatrick's four levels of training evaluation. ATD Press.

Appendice R : Validation de la grille de questions – Discussion dirigée

Validation de la grille de questions – Discussion dirigée

1. Comment les différents aspects de cette formation pourraient influencer son implantation? Vous pouvez comparer cette dernière à une formation suivie dans le passé.

2. Comment les situations et/ou événements présents dans le réseau de la santé, politique, médiatique ou encore les associations ou ordres professionnels pourraient influencer l'implantation de cette formation?

3. Quels aspects spécifiques à l'établissement de santé où sera dispensée la formation pourraient influencer son implantation?

4. Comment les acteurs internes à l'établissement de santé œuvrant à tous les niveaux (gestionnaire de niveau supérieur, intermédiaire, les AIC, les responsables de la formation, etc.) pourraient influencer l'implantation de cette formation?

5. Comment le processus de mise en œuvre de cette formation pourrait influencer son implantation?

6. Est-ce qu'il y a certains éléments qui devraient être faits différemment afin de favoriser l'implantation de cette formation? Si oui lesquels?

7. Est-ce qu'il y a d'autres éléments non mentionnées qui seraient favorables ou nuisibles à l'implantation de cette formation? Si oui lesquels?

Appendice S : Courriel de recrutement pour validation de la grille de questions – Discussion dirigée

Validation questions - Mise à l'essai formation AIC (projet de recherche doctoral)

Jubinville, Maripier [redacted]
Mar 2024-01-09 20:40

Bonjour,

D'abord, bonne année 2024. J'espère que vous avez passé un bon temps des fêtes!

Comme vous le savez, en mars et avril prochain je mettrai à l'essai la formation que j'ai développée et que vous avez validée à titre d'expert.

Cette formation sera d'une durée d'une journée et demie, suivi d'une demi-journée de discussion dirigée de groupe avec les AIC participants à la mise à l'essai de cette formation. Cette discussion vise à faire ressortir les éléments favorisants et contraignants l'implantation dans les établissements de santé de cette formation et sa dispensation systématique aux nouvelles AIC. Je guiderai cette discussion par sept questions.

Je désire valider la clarté et la compréhension des questions ainsi que déterminer si ces dernières orientent bien les participantes aux réponses recherchées. Par le fait même, je désire rencontrer individuellement deux à trois AIC qui connaissent la formation, donc qui ont participé à titre d'expert à la validation de cette dernière, pour leur poser verbalement ces questions. Cette rencontre individuelle s'effectuera via la plateforme Zoom, sera enregistrée et d'une durée de 30 à 45 minutes. La rencontre s'effectuera d'ici la mi-février au moment qui vous convient le mieux (jour, midi, soir, etc.).

Donc, est-ce que vous acceptez de participer à cette courte rencontre afin de valider les questions qui seront posées aux participantes AIC présentes lors de la mise à l'essai de ma formation? **Une réponse avant le 17 janvier serait appréciée**.

Je vous remercie grandement.

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Assistante de recherche
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme

Appendice T : Formulaire de consentement validation grille de questions – Discussion dirigée

Formulaire de consentement et de confidentialité
Validation du questionnaire utilisé pour la discussion dirigée

Une formation standardisée et validée en soutien à l'assistante infirmière-chef

Maripier Jubinville, étudiante chercheuse au département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) supervisée par
Professeure Caroline Longpré, directrice de recherche et
Professeur Éric Nguemeleu Tchouaket, co-directeur de recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre qui vise à développer une formation standardisée, visant à soutenir l'assistante infirmière-chef (AIC)[1] dans l'appropriation de sa fonction de gestion clinico-administrative. Les objectifs de ce projet sont de : 1) développer une formation portant sur les compétences attendues de l'AIC au Québec; 2) valider auprès d'expertes le contenu de la formation, la pertinence des stratégies suggérées visant à favoriser un transfert des apprentissages acquis en formation vers la pratique et les mécanismes structurels proposés pour dispenser la formation aux AIC; et **3) mettre à l'essai la formation pour valider son contenu, cibler les principes favorisant le transfert des apprentissages et les facteurs facilitants et contraignants son implantation de manière systématique dans les organisations.** Vous êtes sollicitée pour participer au **troisième objectif** de cette recherche.

Cette formation sera d'une durée d'une journée et demie, suivi d'une demi-journée de discussion dirigée de groupe avec les AIC participants à la mise à l'essai de cette formation. Cette discussion vise à faire ressortir les éléments favorisants et contraignants l'implantation dans les établissements de santé de cette formation et sa dispensation systématique aux nouvelles AIC. L'étudiante chercheuse guidera cette discussion par sept questions.

Votre implication a pour buts de valider la clarté et la compréhension de ces sept questions ainsi que déterminer si ces dernières orientent bien les participants aux réponses recherchées en lien avec le cadre théorique d'analyse sélectionné. Par le fait même, l'étudiante chercheuse vous rencontrera individuellement ainsi qu'une à deux autres AIC puisque vous connaissez bien la formation développée étant donné votre participation à titre d'expert à la validation de cette dernière. Lors de cette rencontre, l'étudiante chercheuse vous posera verbalement ces sept questions auxquelles vous répondrez. Cette rencontre individuelle s'effectuera via la plateforme Zoom, sera d'une durée de 30 à 45 minutes et sera enregistrée (audio et vidéo) afin de permettre à l'étudiante chercheuse d'analyser les réponses données. Elle s'effectuera dans le confort de votre domicile à l'heure que vous le désirez d'ici la fin du mois de février 2024. À la suite de l'analyse de vos réponses, l'étudiante chercheuse effectuera des modifications au questionnaire, au besoin.

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. ***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.*** Le moment où vous déclinerez votre identité ne sera pas enregistré, donc les données seront traitées et analysées de façon anonyme en vous octroyant un code numérique. Ainsi, les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'un

code numérique vous sera attribué. Par le fait même, seulement l'étudiante chercheuse connaîtra votre identité qui ne sera, dans aucun cas, dévoilée dans la synthèse des résultats qui sera diffusée ni dans les communications orales ou écrites qui seront effectuées. Il n'y aura pas non plus de possibilité de retracer votre identité ou de vous identifier.

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront inclus dans la thèse de l'étudiante chercheuse. Les enregistrements audio et vidéo seront conservés dans un ordinateur de l'UQO protégé par un mot de passe. Les données seront détruites cinq ans après la fin de la thèse de l'étudiante chercheuse (garantissant une destruction permanente des données).

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer de l'étude en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux, et consiste à l'investissement de temps que vous aurez à consacrer à ce projet de recherche. L'étudiante chercheuse s'engage, advenant la survenue d'autres problématiques non soupçonnées, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'AIC est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire ne vous sera accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'UQO (# de référence : 2021-1261) en date du 21 juin 2021 et du CISSS [redacted] (# de référence 2021-333-168) en date du 14 décembre 2021. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Madame Maripier Jubinville par courriel au jubm01@uqo.ca ou encore par téléphone au [redacted]. Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant de recherche ou concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec [redacted] président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais ou avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS [redacted] aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

[redacted]

Le comité d'éthique de la recherche du CISSS [redacted] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes :

[redacted]

Engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche et de l'étudiante chercheuse
Nous, Éric Tchouaket Nguemeleu et Maripier Jubinville, certifions que nous sommes disponibles à répondre aux questions du participant en regard à ce présent formulaire d'information, de confidentialité et de consentement, et nous certifions qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :
Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Cela ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. 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, on vous invite à poser des questions et demander des éclaircissements au besoin tout au long de votre participation à ce projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, en signant, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT AUDIO ET VIDÉO :
En signant, j'accepte que les images et le son soient enregistrés via la plateforme Zoom pendant ma rencontre avec l'étudiante chercheuse.

Nom du participant : _____ Date : _____

Signature du participant : _____

Vous pouvez conserver une copie de ce formulaire signé.

---

[1] L'utilisation du féminin est dans le but d'alléger le texte.

Appendice U : Guide de discussion dirigée

GUIDE DE DISCUSSION DIRIGÉE

Identification des facteurs qui facilitent et contraignent l'implantation de cette formation dans les établissements de santé

Maripier Jubinville, candidate au doctorat sur mesure en sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Mars 2024

1. Quels sont les différents <u>aspects de cette formation</u> qui peuvent influencer son implantation?
Comment ces différents aspects peuvent influencer l'implantation de cette formation? ***Vous pouvez comparer cette dernière à une formation suivie dans le passé.***

© Maripier Jubinville

2. Quels sont les <u>situations et/ou événements présents dans le réseau de la santé, politique, médiatique ou encore les associations ou ordres professionnels</u> qui peuvent influencer l'implantation de cette formation?
Comment ces situations et/ou événements peuvent influencer l'implantation de cette formation?

© Maripier Jubinville

3. Quels aspects spécifiques à l'établissement de santé où sera dispensée la formation peuvent influencer son implantation?
Comment ces aspects spécifiques peuvent influencer l'implantation de cette formation?

© Maripier Jubinville

4. Qui sont les acteurs internes à l'établissement de santé œuvrant à tous les niveaux (gestionnaire de niveau supérieur, intermédiaire, les AIC, les responsables de la formation, etc.) qui peuvent influencer l'implantation de cette formation?
Comment ces acteurs internes peuvent influencer l'implantation de cette formation?

© Maripier Jubinville

5. Quels sont les aspects spécifiques du processus de déploiement de cette formation qui peuvent influencer son implantation?
Comment ces aspects spécifiques du processus de déploiement peuvent influencer l'implantation de cette formation?

© Maripier Jubinville

6. Est-ce qu'il y a certains éléments, dont nous n'avons pas discutés, qui devraient être faits différemment afin de favoriser l'implantation de cette formation? Si oui lesquels?

© Maripier Jubinville

7. Est-ce qu'il y a d'autres éléments non mentionnés qui seraient favorables ou nuisibles à l'implantation de cette formation? Si oui lesquels?

© Maripier Jubinville

Appendice V : *Guidelines for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching* (*GREET*)

Description de la formation – GREET

BRIEF NAME	Le renforcement des compétences en gestion clinico-administrative de l'assistante infirmière-chef.
1 - Intervention	La formation a été dispensée dans sa globalité à 23 assistantes infirmières-chefs (AIC).
WHY - this educational process	
2 - THEORY	Cette formation a été développée en se basant sur une adaptation du modèle renouvelé de gouvernance clinique de Brault et al. (2008), nommé « Modèle de formation pour l'assistante infirmière-chef ». Ce modèle prend en compte : le système clinique en s'assurant d'inclure du contenu de formation portant sur les cinq compétences requises à l'AIC (Plourde, 2012); le système de gouvernance clinique en utilisant des principes pour favoriser un transfert des apprentissages (Baldwin & Ford, 1988); et le système de gestion en favorisant la dispensation systématique de cette formation à l'AIC qui exerce nouvellement sa fonction et en s'assurant qu'elle soit applicable dans les établissements de soins de santé.
3 - LEARNING OBJECTIVES	Les objectifs poursuivis par la formation sont les suivants : 1. Résoudre des mises en situation liées aux compétences à maîtriser en tant qu'AIC. 2. Apprécier l'exercice de sa fonction d'AIC et noter les changements à apporter à cette dernière. 3. Adapter l'exercice de sa fonction d'AIC selon les nouvelles connaissances acquises. 4. Renforcer les compétences requises à l'exercice de sa fonction d'AIC.
4 - EBP CONTENT	La formation est composée de neuf modules et le contenu abordé dans chacun d'eux est le suivant : **Introduction** Objectifs de la formation; terminologie utilisée **Module 1 – Fonction d'assistante infirmière-chef** Définition de l'AIC; quatre éléments clés à la fonction d'AIC; relation avec son gestionnaire et les conseillères; rôles et responsabilités; compétences nécessaires; sous-compétences; qualités requises **Module 2 – Leadership** Définition du leadership; caractéristiques d'un leader; quatre types de leadership; sous-compétences du leadership; impacts positifs du leadership; quatre stratégies pour faire preuve de leadership; une équipe; éléments à considérer pour une collaboration d'équipe efficace; stades de développement d'une équipe; partage du pouvoir et de l'autonomie d'une équipe; astuces pour faire progresser notre équipe **Module 3 – Communication interpersonnelle** Définition de la communication; complexité de la communication; sous-compétences de la communication interpersonnelle; impacts positifs d'une

	communication interpersonnelle; barrières à la communication; astuces d'une communication efficace; huit modes privilégiés de communication; éléments à considérer lorsque nous transmettons un rapport interquart entre AIC; structure de communication – IDÉA (SBAR) **Module 4 – *Caring* clinico-administratif** Définition du *caring* clinico-administratif; modèle humanisme des soins infirmiers – UdeM; sous-compétences du *caring* clinico-administratif; impacts positifs du *caring* clinico-administratif; cinq processus de *caring* clinico-administratif; accompagnement d'un nouveau membre de l'équipe; rétroaction constructive **Retour sur les notions vues au jour 1** Retour sur les notions vues au jour 1 **Module 5 – Capacité de résolution de problèmes** Définition résolution de problèmes; sous-compétences de la capacité de résolution de problèmes; impacts positifs d'une résolution de problèmes; modèle RRIEVE pour résoudre un problème; astuces pour prendre des décisions appropriées; gestion de conflit; matrice de priorisation; délégation **Module 6 – Connaissance et compréhension de l'environnement de travail** Définition connaissance et compréhension de l'environnement de travail; sous-compétence de la connaissance et la compréhension de l'environnement de travail; impacts positifs d'une connaissance et la compréhension de l'environnement de travail; éléments à garder en tête **Conclusion** Rappel des compétences et sous-compétences; rappel du contenu abordé
WHAT	
5 - MATERIALS	Les participants ont reçu par courriel, lorsque leur participation fut confirmée à l'étudiante-chercheure, les informations générales liées à la formation dont les dates, heures et local, un résumé de la formation, les objectifs poursuivis par cette dernière ainsi que globalement la structure et le fonctionnement de la formation. Les participants ont reçu par courriel, une semaine avant leur participation à la formation, le guide du participant qu'ils devaient imprimer ou avoir en leur possession sur un médium électronique (ordinateur portable, tablette, etc.) pendant la formation. Les participants, à leur arrivée à la formation, ont reçu les documents suivants : carton pour inscrire leur nom, journal de bord et questionnaire d'évaluation de la formation. Quant à elle, la formatrice avait à sa disponibilité le matériel suivant : ordinateur portable, haut-parleur, horaire de la formation, formation en format PowerPoint, guide du formateur, liste de participation à la formation, crayons effaçables pour écrire sur un tableau blanc, bloc note

	autocollant de type Post-it^{MD} et matériel nécessaire pour les différentes stratégies pédagogiques.
6 - EDUCATIONAL STRATEGIES	Quatre méthodes d'apprentissage sont mobilisées dans le cadre de cette formation : méthodes d'apprentissage expositives, méthodes démonstratives, méthodes interrogatives et méthodes actives. Ces méthodes d'apprentissages ont permis la mobilisation de différentes stratégies pédagogiques : présentation magistrale, vidéo, démonstration, réflexion personnelle sur sa pratique, discussion en sous-groupe ou en grand groupe, étude de cas, activité structurée et jeu de rôle. Ainsi, de 1 à 11 stratégie.s pédagogique.s ont été mobilisée.s par module de formation, pour un total de 44 stratégies pédagogiques dans la globalité de la formation.
7 - INCENTIVES	Les participants étaient libérés de leur fonction d'AIC et payés pour assister à cette formation.
WHO PROVIDED	
8 - INSTRUCTORS	La formatrice était l'étudiante-chercheure. Aucun autre acteur n'a été impliqué dans la dispensation de cette formation.
HOW	
9 - DELIVERY	La formation a été dispensée en présentiel. Deux groupes de formation homogènes ont été créés et ont reçu la même formation. Un premier groupe était formé le lundi, et un deuxième groupe le mardi. Pour chacun des deux groupes, une première journée de formation (6 h 30) a eu lieu, puis trois semaines plus tard, une demi-journée de formation (3 h 45) supplémentaire a été dispensée. Au total, ce sont 30 participants qui étaient inscrits à la formation, soit 15 participants dans chacun des groupes. Toutefois, au premier jour de formation 12 participants étaient présents dans le premier groupe de formation et 14 dans le deuxième, pour un total de 26 participants. De ce nombre, 10 étaient présents à la demi-journée de formation supplémentaire dans le premier groupe et 13 dans le deuxième, pour un total de 23 participants. Ainsi, ce sont 23 participants qui ont reçu en globalité la formation. La première journée de formation était structurée comme suit : Introduction (45 minutes); Module 1 – Fonction d'assistante infirmière-chef (55 minutes); Module 2 – Leadership (95 minutes); Module 3 – Communication interpersonnelle (110 minutes); et Module 4 – *Caring* clinico-administratif (85 minutes). Une pause de 15 minutes en matinée et une seconde en après-midi ont été données aux participants, en plus d'une heure de repas.

	La demi-journée de formation supplémentaire était structurée comme suit : Retour sur les notions vues au jours 1 (20 minutes); Module 5 – Capacité de résolution de problèmes (130 minutes); Module 6 – Connaissance et compréhension de l'environnement de travail (25 minutes); et Conclusion (50 minutes). Une pause de 15 minutes en matinée a été octroyée aux participants.
WHERE	
10 - ENVIRONMENT	La formation a eu lieu dans un local situé au Centre Intégré de Santé et de services sociaux (CISSS) où s'est déroulée la formation.
WHEN AND HOW MUCH	
11 - SCHEDULE	La première journée de formation a été dispensée aux deux groupes en mars 2024, alors que la demi-journée de formation supplémentaire a eu lieu en avril 2024. La durée totale de la formation (journée de formation complète et demi-journée supplémentaire) est de 10 h 15, en plus des pauses et de l'heure du repas.
12 – TIME LEARNERS SPENT IN FACE-TO-FACE CONTACT WITH INSTRUCTORS AND SELF-DIRECTED LEARNING ACTIVITES	La formation dans sa globalité a eu lieu en présentiel, donc en face à-face entre les participants et la formatrice.
PLANNED CHANGES	
13 – SPECIFIC ADAPTATION FOR THE LEARNERS	Aucune adaptation spécifique n'a eu lieu.
UNPLANNED CHANGES	
14 – MODIFICATIONS DURING THE COURSE OF THE STUDY	Aucune modification n'a eu lieu.
HOW WELL	
15 – ATTENDANCE	Comme il s'agissait d'un projet de recherche, la participation à la formation était volontaire.
16 – PROCESSES USED TO DETERMINE WHETER THE MATERIALS AND THE EDUCATIONAL STRATEGIES USED IN THE EDUCATIONAL INTERVENTION WERE DELIVERED AS ORIGINALLY PLANNED	Les participants ont rempli un questionnaire d'évaluation de la formation où ils devaient se prononcer notamment sur le contenu abordé et les stratégies pédagogiques employées. Les données ont été compilées afin de procéder à des modifications de la formation.

(Phillips et al., 2016)

Appendice W : Courriels acheminés aux gestionnaires – Discussion dirigée

Courriel acheminé préformation

Participation de vos AIC - Formation pour l'assistante infirmière-chef

Jubinville, Maripier [redacted]
Jeu 2024-02-15 14:45

[redacted]

Bonjour,

Je me présente, je m'appelle Maripier Jubinville et je suis étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Tout d'abord, je vous remercie grandement d'avoir accepté de libérer une ou plusieurs de vos assistantes infirmières-chefs (AIC) pour participer à mon projet de recherche. Ce dernier vise à mettre à l'essai la formation qui a pour titre *Le renforcement des compétences en gestion clinico-administrative de l'assistante infirmière-chef* que je dispenserai aux AIC en mars et avril prochain. J'ai acheminé un courriel à ces dernières avec l'ensemble des informations utiles pour leur participation à la formation. Aussi, comme la formation est dispensée dans le cadre d'un projet de recherche, un consentement signé de leur part est requis. Ce consentement a été joint au courriel lors de mon envoi et elles doivent me le retourner par courriel avant le 29 février. Ce serait apprécié si vous pouviez rappeler à vos AIC qui participeront à la formation de consulter leur boîte courriel [redacted].

<u>Afin de soutenir vos AIC, voici les informations liées à la formation :</u>

La formation sera d'une durée d'une journée et demie et abordera les cinq compétences nécessaires à l'exercice de leur fonction. Pour la demi-journée restante, il s'agira d'une discussion dirigée de groupe que nous effectuerons afin de cibler les facteurs qui, à leur avis, pourraient faciliter ou contraindre l'implantation de cette formation dans les établissements du réseau de la santé. Voici l'horaire des deux journées :

Jour 1
-Introduction
-Module 1 : Fonction d'assistante infirmière-chef
-Module 2 : Leadership
-Module 3 : Communication interpersonnelle
-Module 4 : *Caring* clinico-administratif

Jour 2
-Retour sur les notions vues et expérimentées au jour 1
-Module 5 : Capacité de résolution de problème
-Module 6 : Connaissance et compréhension de l'environnement de soins

-Conclusion
-Discussion dirigée de groupe

Cette formation sera active et vise la co-construction des connaissances. Ainsi, afin de favoriser leurs apprentissages et les mettre dans l'action, différentes stratégies pédagogiques seront utilisées telles que des discussions, des études de cas, des jeux de rôle, le visionnement de vidéos, etc.

Les objectifs visés par cette formation sont les suivants :

- Résoudre des mises en situation liées aux compétences à maîtriser en tant qu'AIC
- Apprécier sa pratique d'AIC et noter les changements à apporter à cette dernière
- Adapter sa pratique en fonction des nouvelles connaissances acquises
- Renforcer les compétences requises à l'exercice de sa fonction d'AIC

Un guide du participant en format PDF leur sera acheminé par courriel une semaine avant la formation. Ainsi, elles pourront procéder à son impression si elles désirent avoir une copie papier pendant la formation afin d'y prendre des notes ou encore elles pourront apporter leur ordinateur portable ou leur tablette électronique pour consulter ce dernier pendant la formation. Notez qu'aucune copie papier de ce guide du participant ne leur sera remise pendant la formation.

Après la première journée de formation, je leur suggérerai les pistes d'action suivantes et nous y reviendrons en début du deuxième jour de formation :

- Discutez avec votre gestionnaire des notions apprises au cours de la journée.
- Tentez d'intégrer à votre pratique les apprentissages les plus significatifs que vous avez ciblés dans chacun des modules.
- Préparez vos questions d'éclaircissement que vous pourrez poser en début du jour 2.

Je demeure disponible si vous avez des questions.

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme

Courriel acheminé postformation

Re: Participation de vos AIC - Formation pour l'assistante infirmière-chef

Jubinville, Maripier [redacted]
Ven 2024-04-05 11:52

Bonjour,

D'abord, je tiens de nouveau à vous remercier d'avoir accepté de libérer votre.vos assistante.s infirmière.s-chef (AIC) afin qu'elle.s puisse.nt participer à mon projet de recherche. Ce dernier visait la mise à l'essai d'une formation développée pour l'AIC et abordant les cinq compétences requises à l'exercice de sa fonction.

Afin de favoriser un transfert des apprentissages effectués au cours de ces deux jours de formation, voici quelques éléments que je vous suggère de faire avec chacune de vos AIC ayant participé à la formation :

- Questionnez votre AIC en regard aux éléments suivants :
  - Quel est l'apprentissage le plus significatif que tu as fait lors de la formation?
  - Quels sont les éléments de ta pratique qui sont à modifier?
  - Quel sera ton défi pour la suite et l'intégration dans ta pratique des connaissances apprises?
  - Comment, comme gestionnaire, est-ce que je peux te soutenir dans l'intégration de ces nouvelles connaissances et de ta fonction?

- Mentionnez à votre AIC vos attentes envers elle à la suite de sa participation à cette formation.

- Discutez avec votre AIC afin d'identifier des projets, comités ou autres sur lesquels elle peut être impliquée afin d'utiliser les nouvelles connaissances apprises.

- Élaborez un plan de développement professionnel et individualisé avec votre AIC en fixant des objectifs à atteindre (se référer aux grilles existantes dans votre organisation).
  - Lors de la deuxième journée de formation, chacune des AIC s'est fixé un objectif à atteindre avec des moyens pour y parvenir. Ceci constitue un point de départ.

- Effectuez régulièrement un suivi des objectifs ciblés auprès de votre AIC.

- Offrez régulièrement de la rétroaction à votre AIC en regard à sa performance au travail et à l'utilisation de ses différentes compétences.

Merci. Je demeure disponible si vous avez des questions.

Cordialement,

Maripier Jubinville, inf., M. Sc.
Candidate au doctorat en sciences infirmières
Chargée de cours en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais - Campus de Saint-Jérôme